	子どもの名前
1子	
2子	
3子	

介護・看護状況申立書

令和　　年　　月　　日

平生町長　宛

申立者（介護・看護をする方）
住　　所　　平生町大字

氏　　名

（子どもとの続柄:　　）
電話番号

私は、次のとおり介護・看護していることを申し立てます。

介護・看護を受ける方	フリガナ 氏　名		生年月日	昭・平・令　年　月　日（　歳）
	続　柄	子どもの（父・母・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・　）		
	住　所		電話番号	
介護・看護の状況	入院・通院（通所）（月・週　日程度）・在宅			
病　名				
病　状	身体障害者手帳（　）級・精神障害者保健福祉手帳（　）級・療育手帳 A・B 要介護認定：要介護（　）・要支援（　）　介護サービス：無・有			
介護・看護の状況	家事援助・食事介助・着脱衣介助・入浴介助・排泄介助・通院（通所）同行 その他（　）			

※　添付書類　医師の診断書、障害者手帳、介護保険被保険者証など（写）

◎ 介護・看護の状況について記入してください。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	（例）
～8:00							朝食介助
8:00～							
9:00～							
10:00～							病院通院同行
11:00～							〃
12:00～							昼食介助
13:00～							
14:00～							
15:00～							
16:00～							入浴介助
17:00～							夕食介助
18:00～							
19:00～							
1日の合計時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	6　時間