

申 告 書

申告者氏名		年 齢 (4/1時点)	歳	児童から見た続柄	
-------	--	----------------	---	----------	--

以下の事項について、申告します。	
令和 年 月 日	申告者氏名 ㊞
※必要に応じ、記載内容について問い合わせることがあります	
児童を保育する上での困難さに関する状況	

□ 介護・看護等	介護・看護を受ける方	年 齢 (4/1時点)	歳	申告者から見た続柄																																																											
	事 由	☐ 障害による … 各種障害者手帳の写しを添付 ☐ 介護認定等による … 介護保険証の写しを添付 ☐ その他 … 診断書等証明できるものを添付																																																													
	介護・看護状況	1. 頻度 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ その他 () 2. 介護・看護等時間 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>6時</td><td>7時</td><td>8時</td><td>9時</td><td>10時</td><td>11時</td><td>12時</td><td>13時</td><td>14時</td><td>15時</td><td>16時</td><td>17時</td><td>18時</td><td>19時</td><td>20時</td><td>21時</td><td>22時</td><td>23時</td> </tr> <tr> <td colspan="2">←</td><td colspan="2">介護</td><td colspan="2">→</td><td colspan="2">←</td><td colspan="2">家事</td><td colspan="2">←</td><td colspan="2">通院</td><td colspan="2">←</td><td colspan="2">介護</td><td colspan="2">→</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(例)</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td> </tr> </table>				6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時	20時	21時	22時	23時	←		介護		→		←		家事		←		通院		←		介護		→		(例)																			
	6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時	20時	21時	22時	23時																																													
←		介護		→		←		家事		←		通院		←		介護		→																																													
(例)																																																															
通所・通院先	名称 _____ 担当者 _____ 連絡先 _____																																																														
□ 疾病・障害	事 由	☐ 障害による … 各種障害者手帳の写しを添付 ☐ 疾病による … 医師による診断書（原本） ☐ その他 … 証明できる書類の写し																																																													
	疾病・障害状況	1. 通院頻度 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ その他 () 平均 時 分から 時 分まで 1日あたり 時間 2. 入院（予定） 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで																																																													
	通所・通院先	名称 _____ 担当者 _____ 連絡先 _____																																																													

※事実確認のため、医療機関等に問い合わせることがあります

※虚偽の記載は無効です

（問い合わせ先）久山町役場福祉課092-976-1111