

(幼児教育無償化用)

介護状況申告書

品川区長 へ

年 月 日

子どもの情報	
氏名	
生年月日	年 月 日生
利用施設	

保護者が介護にあっている状況について次のとおり申告します。

介護にあっている方			
要介護者	氏名	子どもからみた 続柄	
	住所		
	電話番号		
介護期間	年 月から 〔施設に入所している場合には、その施設へ入った時期を記入してください。〕 年 月から		
介護を必要とする理由	身体障害者手帳	種 級	
	愛の手帳	度	
	精神保健手帳	級	
	介護保険証(介護認定)	要介護度	要支援
	その他 (病名)	
介護の状況 <small>あてはまるものに○をしてください</small>	食 事	自立	一部介助 全介助
	入浴・洗顔など	自立	一部介助 全介助
	排 せ つ	自立	一部介助 全介助
	特別な医療・介護等	無 ・ 有()
具体的な介護内容			

○申告内容に虚偽があった場合には、認定を取り消すことがあります。

○身体障害者手帳のコピーや診断書など、ここに記載した症状が確認できるものを添付してください。

○要介護認定でサービスを利用している人はケアプランも添付してください。

○裏面も記入してください。

通院・通所状況	通院先						
	所在地						
	日数	月・週	日	所要時間	時間	分	
	通院先						
	所在地						
	日数	月・週	日	所要時間	時間	分	
在宅サービス	訪問種別	訪問看護	訪問介護	訪問入浴	訪問リハビリ		
		その他 ()					
	訪問日数	月・週	日	毎週	曜日		
	訪問時間	時～時	時～時	時～時	時～時		
	訪問種別	訪問看護	訪問介護	訪問入浴	訪問リハビリ		
		その他 ()					
	訪問日数	月・週	日	毎週	曜日		
	訪問時間	時～時	時～時	時～時	時～時		

1日の介護の状況を記入してください。

6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時
12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時

1週間の介護の状況

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日