介　護　・　看　護　状　況　申　告　書

（あて先）　苫小牧市健康こども部長　様

児童氏名	（　　　年　月　日生）	入所施設名
児童氏名	（　　　年　月　日生）	入所施設名
児童氏名	（　　　年　月　日生）	入所施設名
介護・看護者氏名	続柄：児童の（　　　）	

※入所施設名：まだ入所が決まっていない方は未記入で結構です

※　介護・看護者記入欄　（介護・看護を受ける方については、診断書を提出してください。）

介護・看護を受ける方	年齢（　　　）歳
続柄	児童の（ 父 ・ 母 ・ 父方祖父 ・ 父方祖母 ・ 母方祖父 ・ 母方祖母 ・ 　　　）
介護・看護を受ける方の住所	
介護・看護状況	入院 ・ 通院(通所) （ 月 ・ 週 　　日程度） ・ 在宅
病名	
症状 (保育が困難な理由もあわせて記入してください)	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　　介護サービス利用 ： 無 ・ 有
介護・看護状況	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・通院(通所)同行・その他
その他具体的な介護・看護内容	

※　介護・看護の状況について記入してください（月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。）

	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 ～							病院通院介助
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 ～							

記 載 例

介 護 ・ 看 護 状 況 申 告 書

（あて先） 苫小牧市健康こども部長 様

児童氏名 甲野 花子	（ 令和5 年 5 月 1 日生）	入所施設名 〇〇 保育園	
児童氏名	（ 年 月 日生）	入所施設名	
児童氏名	（ 年 月 日生）	入所施設名	
介護・看護者氏名 甲野 梅子	続柄：児童の（ 母 ）		

※入所施設名：まだ入所が決まっていない方は未記入で結構です

※ 介護・看護者記入欄 （介護・看護を受ける方については、診断書を提出してください。）

介護・看護を受ける方	甲野 松子　　年齢（ 86 ）歳
続柄	児童の（ 父 ・ 母 ・ 父方祖父 ・ 父方祖母 ・ 母方祖父 ・ (母方祖母) ・ ）
介護・看護を受ける方の住所	苫小牧市〇〇町 〇 丁目 〇 番 〇 号
介護・看護状況	入院 ・ (通院（通所）) （ 月 ・ (週) 3 日程度） ・ 在宅
病名	アルツハイマー型認知症
症状 （保育が困難な理由もあわせて記入してください）	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（ 2 ） ・ 要支援 介護サービス利用 ： 無 ・ (有)
介護・看護状況	(家事援助)・(食事補助)・着脱衣補助・(入浴補助)・排泄補助・(通院（通所）同行)・その他
その他具体的な介護・看護内容	

※ 介護・看護の状況について記入してください（月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	（例）
～ 8:00	朝食補助・家事援助	朝食補助・家事援助	月曜日と同じ	火曜日と同じ	月曜日と同じ	火曜日と同じ	朝食介助
8:00 ～							
9:00 ～	病院通院介助・リハビリ	家事援助					
10:00 ～							病院通院介助
11:00 ～							
12:00 ～	昼食補助・家事援助	昼食補助・家事援助					昼食介助
13:00 ～							
14:00 ～							
15:00 ～	入浴補助・家事援助	入浴補助・家事援助					
16:00 ～							入浴介助
17:00 ～	夕食補助・家事援助	夕食補助・家事援助					夕食介助
18:00 ～							