（子どものための施設等利用給付認定申請用）

**看護・介護申立書**

|  |
| --- |
| 　　　　年　　月　　日（あて先）六戸町長　殿申立人　住　　所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名：　　　　　　　　　　印　　児童との続柄　　　　児童氏名：　　　　　　　　　　　【利用する施設の名称：　　　　　　　　　　】 |
| □**看護**（裏面に１日のスケジュールを記入し、看護が必要な方の診断書などを添付して下さい。） |
| 看護が必要な方 | 住所： |
| 氏名： | 看護者との続柄 |  |
| 看護の内容（入院） | 疾病名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院先病院名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 看護の内容（通院） | 疾病名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通院先病院名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通院期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 通院頻度 | 　月に　　　日／週に　　　日 |
| □**介護**（裏面に１日のスケジュールを記入し、看護が必要な方の診断書などを添付して下さい。） |
| 介護が必要な方 | 住所： |
| 氏名： | 介護者との続柄 |  |
| 介護を必要とする理由 | 身体障がい者 | 　　　種　　　級 |
| 要介護状態区分 | 　要介護[　　　]　　要支援 |
| その他 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 日常の状態 | □生活自立　（独力で外出できる） |
| □準寝たきり（介助なしに外出できない） |
| □寝たきり　（主に日中もベットで生活） |
| □その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護する場所・頻度等 | 自宅 | 　月に　　　日／１日　　　時間 |
| 自宅以外 | 月に　　　日／１日　　　時間 |
| 名称 |  |
| 住所 |  |
| 通院・通所の付添 | 月に　　　日／１日　　　時間 |
| 名称 |  |
| 住所 |  |

【看護・介護の１日のスケジュール】

|  |  |
| --- | --- |
| 時間 | 看護・介護の状況 |
| 具体的内容 | 備考 |
| ７：００ |  |  |
| ８：００ |  |  |
| ９：００ |  |  |
| １０：００ |  |  |
| １１：００ |  |  |
| １２：００ |  |  |
| １３：００ |  |  |
| １４：００ |  |  |
| １５：００ |  |  |
| １６：００ |  |  |
| １７：００ |  |  |
| １８：００ |  |  |
| １９：００ |  |  |
| ２０：００ |  |  |
| ２１：００ |  |  |
| ２２：００ |  |  |
| ２３：００ |  |  |
| ２４：００ |  |  |
| １：００ |  |  |
| ２：００ |  |  |
| ３：００ |  |  |
| ４：００ |  |  |
| ５：００ |  |  |
| ６：００ |  |  |
| ７：００ |  |  |