

介護状況申告書

令和 年 月 日

小野町長 様

住 所

保護者氏名

電話番号

下記のとおり介護状況について申告します。

記

要介護者	氏 名	
	住 所 <small>(保護者と同じ場合は□に✓)</small>	<input type="checkbox"/> 保護者住所と同じ
	児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父・母 <input type="checkbox"/> 祖父・祖母 <input type="checkbox"/> その他( )
	手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (以下の欄に該当する手帳の内容等を記入ください)
	手帳・等級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( 判定) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	介 護 度 <small>(支援 1~2・介護 1~5)</small>	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)
介護状況	入院付添	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (期間: 年 月~ 年 月)
	歩 行	<input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助不要
	食 事	<input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助不要
	排 泄	<input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助不要
	入 浴	<input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助不要
	そ の 他 ( )	<input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助不要

※介護を必要とすることが分かる書類(障害者手帳又は介護保険証の写し、診断書等)を添付してください。