

# 介護・看護申立書

令和 年 月 日

益城町長 様

申立人 住 所

氏 名

(自署または記名押印)

連絡先 ( )

下記のとおり ( 介護 ・ 看護 ) していることを申し立てます。

介護・看護 を受ける人	氏名		申立人との続柄	
	住所	□同居 ・ □別居 (住所 : )		
介護・看護の状況	□入 院 □在 宅 ( □通院 (通所) 付添 □寝たきり □家事援助 □食事補助 ) ( □入浴補助 □排泄補助 □その他 ( ) ) ※介護・看護時間 時間/日、 日/週			
障害者手帳	□あ り ( □身体障害者手帳 ( ) 級 □療育手帳 ( ) ) ( □精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級 ) □申請中 □な し			
要介護・要支援認定	□あ り ( □要介護 ( ) □要支援 ( ) ) □申請中 □な し			
介護保険・障害福祉 サービスの利用	□な し □あ り ( )			
その他特記事項				

◎該当する証明書類を添付してください。(医師の診断書、障害者手帳、要介護認定証など)

◎申告した内容に変更があった場合には、ただちにご連絡ください。

◎虚偽の申告があった場合は、入所を取り消す場合があります。

※こちらもご記入ください

児童名	平成 令和	年	月	日生	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 第1希望
児童名	平成 令和	年	月	日生	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 第1希望
児童名	平成 令和	年	月	日生	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 第1希望

連絡先 益城町役場 こども未来課 保育係 ☎096-286-3117 (直通)