

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	<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____）		
介護・看護の状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅（ <input type="checkbox"/> 通院（通所）付添 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他（ _____）） ※介護・看護時間 _____ 時間/日、 _____ 日/週			
障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ _____ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（ _____ ）級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ _____ ）級） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし			
要介護・要支援認定	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 要介護（ _____ ） <input type="checkbox"/> 要支援（ _____ ）） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし			
介護保険・障害福祉 サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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。

◎適宜関係機関に照会します。虚偽の申告があった場合は、入所を取り消します。

※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)