|  |
| --- |
| **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。

　◎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 | □利用中□第１希望 |
| 児童名 | 平成令和 | 　　　年　　　月　　　日生 | 施設名 | □利用中□第１希望 |
| 児童名 | 平成令和 | 　　　年　　　月　　　日生 | 施設名 | □利用中□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）**