|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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）**