年　月　日

介護(看護)状況申告書

（月64時間以上、週4日程度）

岩出市長　宛

住　所			
介(看)護をする人（保護者氏名）	㊞	児童との関係	父　母　その他(　　　)
介(看)護をうける人		児童との関係	父　母　祖父母　その他(　　)
住　所	同居 ・ 別居　※別居の場合は住所:		
疾病・障がい名 等級・要介護度等		病院または施設名	

具体的内容					添付書類（写し可）
・食事	1　一人でできる	2　一部介助	3　全介助		☐身体障害者手帳 ☐精神障害者保健福祉手帳 ☐療育手帳 ☐介護保険証 ☐診断書、意見書 ☐その他
・衣服の着脱	1　一人でできる	2　一部介助	3　全介助		
・入浴	1　一人でできる	2　一部介助	3　全介助		
・排泄	1　一人でできる	2　一部介助	3　全介助		
・屋内外の移動	1　一人でできる	2　一部介助	3　全介助		

その他
※介（看）護をしなければならない理由や上記以外の具体的内容のある場合

岩出市長　宛　　　　年　月　日

上記の事項について、事実と相違ないことを証明（申告）します。

住所
電話番号

氏名　　　　㊞

保護者記入欄	児童名	生年月日	状況	幼稚園名
		平・令　年　月　日	申込中・在園	
		平・令　年　月　日	申込中・在園	
		平・令　年　月　日	申込中・在園	