

施設名:

介護・看護・付添状況申告書

年 月 日

市川市長

子育てのための施設等利用給付にあたり、申請者（保護者）が介護・看護・付添にあたって
いる状況について次のとおり申告します。

申請者住所

申請者氏名

児童との続柄()

児 童 名

(年 月 日生)

電話番号 自宅
携帯

介護・看護・付添が必要な方の氏名・保護者との続柄	氏 名		続 柄	
介護・看護・付添が必要な方の住所	同 居 別 居			
介護・看護・付添を必要とする理由	※ 介護・看護・付添にあたらなければならない理由			
	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>・ 身体障害者手帳 種 級 ・ 精神保健福祉手帳 級</p> <p>・ 療育手帳 ① ・ A-1 ・ A-2 ・ B-1 ・ B-2</p> <p>・ 要介護状態区分/要介護 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5] 要支援 [1 ・ 2]</p> <p>※ 手帳又は介護保険証のコピーを添付してください。 (手帳又は介護保険証が無い場合は診断書が必要になります。)</p>			
介護・看護・付添にあたる日数と時間	月 平 均	日 / 1週間	日 (月・火・水・木・金・土)	
	平 日	時 分 ~	時 分 / 1日平均	時間
	土 曜 日	時 分 ~	時 分 / 1日平均	時間
介護・看護・付添内容 (具体的にお書きください)				

※ 裏面も記入してください

同居住所以外へ介護・看護・付添の移動経路

※ 記載例

介護・看護・付添先	名称 ○ ○ 病院 所在地 市川市八幡1-1-1 介護・看護・付添の曜日 (月・火・水・木・金・土)
移動方法	(徒歩) (電車) (徒歩)
移動経路	自宅 → ○ ○ → ○ ○ → ○ ○ 病院
所要時間	(15分) (30分) (10分)

介護・看護・付添先	名称 所在地 介護・看護・付添の曜日 (月・火・水・木・金・土)
移動方法	
移動経路	自宅
所要時間	

介護・看護・付添先	名称 所在地 介護・看護・付添の曜日 (月・火・水・木・金・土)
移動方法	
移動経路	自宅
所要時間	

介護・看護・付添先	名称 所在地 介護・看護・付添の曜日 (月・火・水・木・金・土)
移動方法	
移動経路	自宅
所要時間	