

勤務状況等報告書③

宇陀市 こども未来課 宛

西暦 年 月 日

申立者 住所
 (保護者) 氏名 子の続柄 父 母 その他 ()

※内容に虚偽があった場合は、保育申込または継続利用を取消されても異議申しません。

子ども氏名			
-------	--	--	--

介護・看護

被介護・看護者氏名(※1)						子どもとの続柄	
被介護・看護者生年月日	西暦		年		月		日
疾病・障がい名							
各種手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級	<input type="checkbox"/> 療育手帳 判定			
			<input type="checkbox"/> 第 種身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> すこやか手帳			
介護認定の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	要介護認定 級				
介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 自宅介護 看護	<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 移動補助	<input type="checkbox"/> 食事補助	<input type="checkbox"/> 着替え補助		
	<input type="checkbox"/> 入院 入所付添	<input type="checkbox"/> 入浴補助	<input type="checkbox"/> 排泄補助	<input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 通院 通所付添	入院・入所先 退院見込み <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	年	月退院予定			
介護・看護時間	1ヶ月あたり	日程度	1日あたり 平均	時間(時から	時迄)	
証明書類(※2)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳写し	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳写し	<input type="checkbox"/> 療育手帳写し				
	<input type="checkbox"/> 診断書(治療期間、病状等記載のもの)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証写し					
民生委員報告	申請内容について聞き取りを行った結果、報告します。 その他意見 () 氏名 () 電話 番号 - -						

※1 被介護・看護者は申立者(保護者)と居住地・住民票が同一であることが条件です。

被災

災害の種類	<input type="checkbox"/> 火災	<input type="checkbox"/> 震災	<input type="checkbox"/> 風水害	<input type="checkbox"/> その他 ()			
罹災者名	子の続柄	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	子の続柄	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> その他 ()			
罹災年月日	西暦		年		月		日
罹災場所							
罹災状況・程度							
証明書類(※2)	<input type="checkbox"/> 罹災証明書	<input type="checkbox"/> 被災証明書					

※2 申請内容の証明書類として必ずいずれかの書類を添付してください。