

(記載例) 勤務状況等報告書③

宇陀市 子ども未来課 宛

西暦 **20〇〇** 年 **4** 月 **1** 日

申立者 住所 **宇陀市菟田野〇-〇**
 (保護者) 氏名 **榛原 一郎** (印) 子どもの続柄 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立しません。

子ども氏名	榛原 二郎	榛原 三郎	
-------	--------------	--------------	--

介護・看護

被介護・看護者氏名(※1)	榛原 さゆり				子どもとの続柄	祖母	
被介護・看護者生年月日	西暦	1945	年	1	月	1	日
疾病・障がい名	〇〇〇症						
各種手帳の有無	<input checked="" 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		<input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> あり	要介護認定 2 級				
介護・看護状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅介護 看護	<input checked="" type="checkbox"/> 家事援助	<input checked="" type="checkbox"/> 移動補助	<input checked="" type="checkbox"/> 食事補助	<input checked="" type="checkbox"/> 着替え補助		
		<input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助	<input checked="" type="checkbox"/> 排泄補助	<input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 入院 入所付添	入院・入所先 退院見込み <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 年 月退院予定					
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 通所付添	通院・通所頻度 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 4 回・ <input type="checkbox"/> 不定期					
介護・看護時間	1ヶ月あたり 20 日程度		1日あたり 平均 9 時間(7 時から 16 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 checked="" 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(介護の状況から、圖に預けることが適切だと考えられます) 氏名 宇陀 太郎 (印) 電話番号 078 - 378 - 1234						

※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 ↓ どちらか該当の要件を記入

災害の種類	<input type="checkbox"/> 火災	<input checked="" type="checkbox"/> 震災	<input type="checkbox"/> 風水害	<input type="checkbox"/> その他 ()			
罹災者名	榛原 一郎		子どもの続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	榛原 花子		子どもの続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()			
罹災年月日	西暦	20〇〇	年	6	月	1	日
罹災場所	自宅						
罹災状況・程度	半壊						
証明書類(※2)	<input checked="" 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。