

⑧ 介護・看護に関する調書

保護者記載欄		児童（きょうだい連名可）		在籍及び利用（予定）施設	
フリガナ		茅ヶ崎市 または 他市（ ）			
氏名					
児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 同居祖父 <input type="checkbox"/> 同居祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）			電話	

（宛先）茅ヶ崎市長/茅ヶ崎市福祉事務所長

《確認欄》 ■介護・看護要件に該当する方は記載する必要があります。 ■介護・看護対象者は同居している親族等が対象になります。

介護・看護をする人	フリガナ	児童から みた続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	氏名					
介護・看護が 必要な方	フリガナ	児童から みた続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	氏名					
介護・看護が必要な方の所在	<input type="checkbox"/> 自宅（同居） <input type="checkbox"/> 入院中 → 施設名〔 〕 【期間】 <input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 期間は未定					
診断名/手帳に記載の障がい名						
手帳の種類 ※手帳等のコピーを添付してくだ さい	<input type="checkbox"/> 療育手帳	障 害 の 程 度	<input type="checkbox"/> A 1	<input type="checkbox"/> A 2	<input type="checkbox"/> B 1	<input type="checkbox"/> B 2
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		総合等級〔 〕級			
	<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳		等級〔 〕級			
介護認定 ※介護認定証のコピーを添付して ください	<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 以上					
	<input type="checkbox"/> 介護サービスを受けていない <input type="checkbox"/> 介護サービスを受けている→〔 〕					
手帳等なし	診断書を添付してください。					
介護・看護の状況 ※具体的に記入してください						

●介護又は看護に関する予定表を作成してください ※大切な内容のためできるだけ詳細にご記入ください

週間予定							
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
7時							
8時							
9時							
10時							
11時							
12時							
13時							
14時							
15時							
16時							
17時							
18時～							
その他							