

## ⑥ 介護・看護に関する調書

(宛先) 茅ヶ崎市長／茅ヶ崎市福祉事務所長

年 月 日

子どもの名前	フリガナ			子どもの名前	フリガナ		
生年月日	年 月 日			生年月日	年 月 日		
クラス年齢	令和6年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和7年4月1日時点の年齢 歳児クラス	クラス年齢	令和6年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和7年4月1日時点の年齢 歳児クラス	クラス年齢	令和6年4月1日時点の年齢 歳児クラス
<input type="checkbox"/> 保育所等を利用中（保育所等の名称： ） <input type="checkbox"/> 申請中(転園申請含む)				<input type="checkbox"/> 保育所等を利用中（保育所等の名称： ） <input type="checkbox"/> 申請中(転園申請含む)			

同居又は入院中の家族の介護・看護が対象となります。

支援を行う方	氏名	フリガナ				
支援が必要な方	氏名	フリガナ	子どもとの続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 同居祖父 <input type="checkbox"/> 同居祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
要支援者の所在	<input type="checkbox"/> 自宅（同居） <input type="checkbox"/> 入院【期間： 年 月 日 から 年 月 日頃まで（予定）】					
所持しているもの ※コピーを添付	手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳				
	介護	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証（要介護若しくは要支援の認定後のもの）				
手帳等のない方	<input type="checkbox"/> 診断書を添付					

施設・ヘルパー等の 利用状況	<input type="checkbox"/> 全介護・看護を支援者で行っている					
	<input type="checkbox"/> 施設に入所している 【場所： 】					
	<input type="checkbox"/> 施設に通所している（※学校などの教育機関等に通っている場合も記載してください。） 【施設： 】 【利用時間： 時 から 時頃まで】					
	<input type="checkbox"/> ヘルパーを利用している 【 月・火・水・木・金・土 】 【時間： 1日 時間程度】					

1日の主な介護・看護スケジュール				1週間の主な介護・看護スケジュール			
※介護・看護にあてている時間が分かるよう、具体的に記入してください。				※左記スケジュール以外の予定のある日については特に具体的に記入してください。			
時間	内容	時間	内容	曜日	内容	曜日	内容
(例) 7時	朝食づくり・食事介助	(例) 9時	親子通園のため付き添い	(例) 火曜日	通院、運動のため散歩	(例) 木曜日	父の仕事が休みのためひとりでの介護・看護の必要なし
(例) 8時	着替え・支度準備	(例) 10時	通院介助・同行	(例) 水曜日	通所施設利用	(例) 金曜日	通院、運動のため散歩
6時以前		15時		月曜日		金曜日	
7時		16時					
8時		17時		火曜日		土曜日	
9時		18時					
10時		19時		水曜日		日曜日	
11時		20時					
12時		21時		木曜日		祝日	
13時		22時					
14時		23時以降		補足事項			