

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5年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和6年4月1日時点の年齢 歳児クラス	クラス年齢	令和5年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和6年4月1日時点の年齢 歳児クラス
【施設・園等の名称】	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望) ()		【施設・園等の名称】	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望) ()	

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"/> 同居祖父 <input type="checkbox"/> 同居祖母 <input type="checkbox"/> きょうだい <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"/> 要介護認定証 <input type="checkbox"/> 要支援認定証			
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。	
(例) 7時	朝食づくり・食事介助	(例) 火曜日	通院(内科・整形外科・耳鼻咽喉科)、運動のため散歩
(例) 8時	着替え・支度準備	(例) 水曜日	デイスサービスや児童発達支援等の通所施設を利用しているため
(例) 9時	親子通園のため付き添い または 通院介助・同行	(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
6時以前		曜日	内容
7時		月曜日	
8時		火曜日	
9時		水曜日	
10時		木曜日	
11時		金曜日	
12時		土曜日	
13時		日曜日	
14時			
15時			
16時			
17時			
18時			
19時			
20時			
21時			
22時			
23時以降			
		補足等がある場合は記入してください	