

介護等支援状況申告書【 介護従事者の氏名： 】

鯖江市長 様

介護・看護・介助等の支援にあたっている状況について、下記のとおり申告します。

介護等の支援が必要な方の氏名	児童との続柄	
生年月日	年 月 日 (歳) ※R8.4.1 時点	
住所	同居・別居 (住所)	
介護等の支援を必要とする理由	☐ 身体障害者 (級) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 (級) ☐ 療育手帳 ☐ 介護保険証・介護認定 ☐ 要介護 () ☐ 要支援 () ☐ その他 (病名等)	

介護等の支援 の状況	食事	☐ 一人でできる	☐ 一部介助	☐ 全介助
	衣服の着脱	☐ 一人でできる	☐ 一部介助	☐ 全介助
	入浴、洗顔等	☐ 一人でできる	☐ 一部介助	☐ 全介助
	排泄	☐ 一人でできる	☐ 一部介助	☐ 全介助
	特別な医療・介護等 ()	☐ なし ☐ あり		

その他の具体的な 介護等の支援内容	
----------------------	--

介護等の支援日数	1 月あたり	日（曜日： 月・火・水・木・金・土・日 ）
----------	--------	-----------------------

	6 : 00	9 : 00	12 : 00	15 : 00	18 : 00	21 : 00	
1 日の スケジュール (具体的に 行う支援 内容をご 記入くだ さい)							
記入例⇒	 着替・食事 介助 交換	 通所付き添 い	 食事介助	(排せ介助平均6回)	 入浴介助	 食事介助	 就寝中の体位変 換

通院・通所に付き 添う日数	1 日平均	時間	分・月	日（曜日： 月・火・水・木・金・土・日 ）
------------------	-------	----	-----	-----------------------

通院・通所先	名称 () 所在地 () 日数 (1 か月 日) 所要時間: 時間 分 (通所時間 分を含む)
	名称 () 所在地 () 日数 (1 か月 日) 所要時間: 時間 分 (通所時間 分を含む)
	名称 () 所在地 () 日数 (1 か月 日) 所要時間: 時間 分 (通所時間 分を含む)

同意署名欄	申告に虚偽はありません。証明した内容に変更がある場合は速やかに申し出ます。内容に虚偽がある場合は、認定が取り消され、退所となることに意義はありません。 保護者氏名
-------	--

※適宜、介護等の支援状況の実態の調査を行う場合があります。記載内容に虚偽・不正が判明したときには、当該介護等支援者に係る児童が保育施設に入所されたことに伴う公費負担分を証明者に請求する場合がありますので、ご注意ください。

児童名	生年月日	保育施設名
	R 年 月 日	
	R 年 月 日	

記入例

介護等支援状況申告書【 介護従事者の氏名： 】

鯖江市長 様

介護・看護・介助等の支援にあたっている状況について、下記のとおり申告します。

介護等の支援が必要な方の氏名	〇〇 〇〇〇	児童との続柄	曾祖父
生年月日	昭和 9 年 11 月 15 日 (91 歳) ※R8.4.1 時点		
住所	同居 別居 (住所) 〇〇市〇〇町 00-0-00		
介護等の支援を必要とする理由	☐ 身体障害者 (級) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 (級) ☐ 療育手帳 ☐ 介護保険証・介護認定 ☐ 要介護 () ☐ 要支援 () ☒ その他 (病名等 高齢のひとり暮らしであるため)		

介護等の支援の状況	食事 ☒ 一人で行える ☐ 一部介助 ☐ 全介助 衣服の着脱 ☒ 一人で行える ☐ 一部介助 ☐ 全介助 入浴、洗顔等 ☒ 一人で行える ☐ 一部介助 ☐ 全介助 排泄 ☒ 一人で行える ☐ 一部介助 ☐ 全介助 特別な医療・介護等 ☒ なし ☐ あり ()
-----------	---

その他の具体的な介護等の支援内容	家事全般および買い物、通院への介助を行っている。
------------------	--------------------------

介護等の支援日数	1 月あたり 6 日 (曜日: 月・火・水・木・金・土・日)
----------	---------------------------------

1 日のスケジュール (具体的にやる支援内容をご記入ください)	6:00 9:00 12:00 15:00 18:00 21:00
	訪問 朝食準備・洗濯・昼食準備・掃除 帰宅 買い物・夕食準備 【火】通院介助
記入例⇒	着替・食事介助 通院付き添い 食事介助 排泄介助(平均6回) 入浴介助 食事介助 就寝中の体位変換

通院・通所に付き添う日数	1 日平均 1 時間 分・月 4 日 (曜日: 月・火・水・木・金・土・日)
--------------	---

通院・通所先	名称 () 所在地 ()
	日数 (1 か月 4 日) 所要時間: 1 時間 分 (通所時間 15 分を含む)
	名称 () 所在地 ()
	日数 (1 か月 日) 所要時間: 時間 分 (通所時間 分を含む)
名称 () 所在地 ()	日数 (1 か月 日) 所要時間: 時間 分 (通所時間 分を含む)
	名称 () 所在地 ()
日数 (1 か月 日) 所要時間: 時間 分 (通所時間 分を含む)	名称 () 所在地 ()
	日数 (1 か月 日) 所要時間: 時間 分 (通所時間 分を含む)

同意署名欄	申告に虚偽はありません。証明した内容に変更がある場合は速やかに申し出ます。内容に虚偽がある場合は、認定が取り消され、退所となることに意義はありません。 保護者氏名 鯖江 一郎
-------	--

※適宜、介護等の支援状況の実態の調査を行う場合があります。記載内容に虚偽・不正が判明したときには、当該介護等支援者に係る児童が保育施設に入所されたことに伴う公費負担分を証明者に請求する場合がありますので、ご注意ください。

児童名	生年月日	保育施設名
〇〇 △△	R 3 年 10 月 1 日	〇× 保育園
	R 年 月 日	