

(様式4号)

(保育所入所申込用)

児 童	氏 名	生 年 月 日	保 育 所 名	保育所 (園)	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続

介護状況申告書

年 月 日

陸前高田市福祉事務所長 様

保 護 者 住 所 陸前高田市 町字

氏 名

電 話 番 号 - -

介 護 者	氏 名	児童との 続 柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母
-------	-----	-------------	---

上記の者について、次のとおり介護に従事していることを申告します。

介 護 を 受 け る 方	氏 名			
	生年月日 (年 齢)	年 月 日 (歳)		
	住 所	※介護者と別居している場合に記入してください。		
	児童との 続 柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 曾祖父 <input type="checkbox"/> 曾祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	病名又は障がい名	病名又は障がい名 ()		
	福祉サー ビスの 利用状況			
介 護 の 状 況	日 数	1 か月平均 日	時 間	1 日平均 時間
	内 容	<input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 通院付添い <input type="checkbox"/> 施設通所付添い <input type="checkbox"/> その他 ()		

確 認 欄	上記のとおり介護に従事していることを確認しています。 令和 年 月 日 民生・児童委員 (主任児童委員) 氏名 (担当地区 町 区)
-------	---

備考

この申告書には、介護を必要とする理由が確認できる書類 (診断書又は障がい手帳の写し等) を添付してください。

【お問い合わせ先】 陸前高田市子ども未来課子育て支援係 電話番号 0192-54-2111 (代)
(A4)

記入例

(様式4号)

(保育所入所申込用)

児 童	氏 名	陸前 ゆめ	生 年 月 日	令和〇年〇〇月〇〇日	保 育 所 名	かもめ 保育所(園)	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
				年 月 日			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
				年 月 日			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続

介護状況申告書

令和〇年**月**日

陸前高田市福祉事務所長 様

保 護 者 住 所 陸前高田市 〇〇 町字 ×× △△番地

氏 名 陸前 高男

電話番号 0192 - ▽▽ - ◇◇◇◇

介 護 者	氏 名	陸前 幸子	児童との 続 柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input checked="" type="checkbox"/> 祖母
-------	-----	-------	-------------	--

上記の者について、次のとおり介護に従事していることを申告します。

介 護 を 受 け る 方	氏 名	陸前 興一		
	生年月日 (年齢)	昭和25年10月22日 ○(歳)		
	住 所	※介護者と別居している場合に記入してください。		
	児童との 続 柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 曾祖父 <input type="checkbox"/> 曾祖母 <input type="checkbox"/> その他()		
	病名又は 障がい名	病名又は障がい名 (△△△△障がい) 【手帳等の等級等】 身体障害者手帳 <u> 1 </u> 種 <u> 2 </u> 級 療育手帳 A判定・B判定 精神障害者保健福祉手帳 <u> </u> 級 特別児童扶養手当 <u> </u> 級 介護保険被保険者証 要介護 <u> </u> 要支援 <u> </u>		
福祉サー ビスの 利用状況	居宅介護・入浴の介護・週3回・各1時間... 利用するサービスの種類・内容・量(頻度・時間)を記入してください。			
介 護 の 状 況	日 数	1か月平均 22日	時 間	1日平均 7時間
	内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通院付添い <input type="checkbox"/> 施設通所付添い <input type="checkbox"/> その他()		

確 認 欄	上記のとおり介護に従事していることを確認しています。 令和〇年**月**日 民生・児童委員(主任児童委員) 氏名 民生 花子 (担当地区 〇〇 町 ×× 区)
-------	--

備考

この申告書には、介護を必要とする理由が確認できる書類(診断書又は障がい手帳の写し等)を添付してください。

保護者が記入してください。

民生・児童委員が記入してください。