

介護・看護状況申告書

年 月 日

三宅町長 殿

申立者

住 所 磯城郡三宅町

氏 名

連絡先電話番号

介護・看護にあたっている状況について、次のとおり申告します。

①介護（看護）者・被介護（看護）者

	氏 名	子どもとの続柄	住 所
介護・看護にあたる方			
介護・看護が必要な方			

②介護・看護の状況

介護・看護を必要とする理由 (手帳の写し又は診断書を添付)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 種 () 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分 要介護 ()・要支援 () <input type="checkbox"/> その他 (病名) <small>※身体障害者手帳 1、2 級、療育手帳 A1、A2、精神障害者保健福祉手帳 1 級、介護保険被保険者証を所持している方以外は、医師による診断書（町様式）が必要になります。</small>		
	*同居でない方を介護の場合は、あなたが介護にあたらなければならない理由		
介護・看護の状況	食 事	1人でできる	・ 一部介助 ・ 全介助
	排 泄	1人でできる	・ 一部介助 ・ 全介助
	歩 行	1人でできる	・ 一部介助 ・ 全介助
	着 脱	1人でできる	・ 一部介助 ・ 全介助
	入浴・洗顔など	1人でできる	・ 一部介助 ・ 全介助
	特別な医療・介護・看護等	無・有 ()	
介護・看護日数及び時間	介護・看護にあたる日数	1か月あたり () 日	
	介護・看護に要する時間	1日当たり () 時間	
その他の具体的な介護・看護内容			