

# 介護状況届

(宛先) 潟上市長

施設名 \_\_\_\_\_ 利用中・申請中

児童名 \_\_\_\_\_ (     ・     ・     生 )

児童名 \_\_\_\_\_ (     ・     ・     生 )

|                                                                                     |                                                                                                                             |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 介護を受ける人                                                                             | 住所                                                                                                                          |  |  |  |
|                                                                                     | 氏名                                                                                                                          |  |  |  |
|                                                                                     | 児童との関係                                                                                                                      |  |  |  |
| 介護をする人                                                                              | 住所                                                                                                                          |  |  |  |
|                                                                                     | 氏名                                                                                                                          |  |  |  |
|                                                                                     | 児童との関係                                                                                                                      |  |  |  |
| 介護内容                                                                                | (具体的に記入)                                                                                                                    |  |  |  |
| 介護時間                                                                                | 午前・午後                  時                  分     ～     午前・午後                  時                  分<br>1日                  時間 |  |  |  |
| 介護日数                                                                                | 週                  日                                                                                                        |  |  |  |
| 介護場所                                                                                |                                                                                                                             |  |  |  |
| 上記のとおり介護が必要です。<br><br>年                  月                  日<br>住所<br>氏名<br>児童との関係 |                                                                                                                             |  |  |  |

※ 上記状況届の他に介護を受ける人の状況を確認できるものとして、下記のいずれかの書類を添付してください。

- \* 医師の診断書
- \* ケアプランの写し(要介護者の場合)
- \* 障害者手帳の写し