⑥

介護・看護の方

介護・看護状況調査書兼診断書

フリガナ 保護者 氏　名		生年 月日	年　　月　　日	児童 との 続柄	

フリガナ 児　童 氏　名		生年月日	平成 令和　年　月　日	4月1日現在の年齢	歳	園名	保育園 こども園 幼稚園　申込・在園
フリガナ 児　童 氏　名			平成 令和　年　月　日		歳		保育園 こども園 幼稚園　申込・在園
フリガナ 児　童 氏　名			平成 令和　年　月　日		歳		保育園 こども園 幼稚園　申込・在園

被介護・被看護者氏名			
被介護・被看護者住所	□ 同居　□ 別居（　　）		
介護・看護者との続柄		児童との続柄	
介護・看護日数	１か月平均　　日／月		
介護・看護時間	：　～　： ※介護サービス、障害福祉サービス、障害児通所支援を利用している等、介護・看護者が直接介護・看護に従事していない時間を除く。		
介護・看護必要日	月・火・水・木・金・土・日・祝		
必要書類 別居の場合のみ	市内で別居の方を介護・看護する場合	□ 被介護・被看護者と同一世帯に住む世帯員（６５歳未満）全員分の就労証明書等介護・看護に従事できない証明書	
	市外の別居の方を介護・看護する場合	□ 被介護・被看護者と同一世帯に住む世帯員（６５歳未満）全員分の就労証明書等介護・看護に従事できない証明書 □ 被介護・被看護者の住民票（世帯票）	

ーーーーーーーー以下は、被介護・被看護者の状況について医師が記入してください。ーーーーーーーー

１．病　　名（　　）

２．今後必要な治療期間（見込）　　か月・未定

３．外来通院回数　□ 月に　　日程度　・　□ 自宅療養

４．入院期間　□ 入院予定（入院予定日：令和　年　月　日／退院予定日：令和　年　月　日・未定）

□ 入院中（入院開始日：令和　年　月　日／退院予定日：令和　年　月　日・未定）

５．日常生活能力の程度（必ずご記入ください。）

□（１）日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。

□（２）日常生活の一部に援助（介護）が必要である。

□（３）日常生活の大半に援助（介護）が必要である。

□（４）日常生活に常時援助（介護）を必要として、身の回りのことはほとんどできない。

上記のとおり診断します。　　令和　年　月　日

病院(医院)所在地

病院(医院)名称

医　師　名

※接骨院、整体院等での診断は無効です。医療機関で医師の診断を受けてください。
※医師の押印は必ずしも必要ありませんが、保護者自身が医師記入欄を無断作成・改変した場合、申請内容に虚偽があるものとして、申請・入園決定が無効になる（在園児は退園となります）他、罪に問われることがあります。
※証明内容について不明な点がある場合、領収書等の提出を求める場合があります。