

介護状況申告書

年 月 日

あきる野市長 殿

あきる野市福祉事務所長 殿

私は介護・看護・付き添いをしているため、被介護者の介護認定書等の資料の写しを添えて以下のとおり申告いたします。

介護状況に変更があった場合、速やかに届け出ます。また、介護認定等を担当課へ照会することに同意します。

介護者住所 あきる野市

介護者氏名

※介護者氏名については、自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。

被介護者氏名		生年月日		年	月	日
被介護者住所			電話番号			
介護者との続柄	病院名・施設名					
病名・障害名						
身体障害者手帳	種 級					
愛の手帳	度					
精神保健福祉手帳	級 (有効期限 年 月 日)					
介護状況	自宅介護・入院付き添い・通院付き添い・施設通所付き添い 入院・通院等の付き添いの場合(週 日) 食事 ☐ 一人でできる ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 衣服着脱 ☐ 一人でできる ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 排泄 ☐ 一人でできる ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 入浴 ☐ 一人でできる ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 移動 ☐ 一人でできる ☐ 一部介助 ☐ 全部介助					

スケジュール表

※介護以外の方は使用目的を記入してください

以下に週間のスケジュールをご記入下さい。（曜日によって変わらない場合、月曜日のみ記入し、火曜日から土曜日には「同左」とご記入下さい。）

【これは、 年 月 日 から 年 月 日の間のスケジュールです。】

	月	火	水	木	金	土
7 時						
8 時						
9 時						
10 時						
11 時						
12 時						
13 時						
14 時						
15 時						
16 時						
17 時						
18 時						
19 時						

※介護以外の方はご記入下さい

学校名・団体名

住所 〒

代表者氏名

連絡先

児童氏名	保育所名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日