

介護等申立書

安来市長 様

介護等の必要な方		児童との続柄	
介護等をする場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（住所）		
介護等の開始時期	平成・令和 年 月 日		
病名又は障がい名			
付き添いの時間	時 分 ～ 時 分 1日（ ）時間		
介護等の日数	週 日		
介護等の状況	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	具体的な介護内容：		
入院・通院・通所先	病院名・施設名： （入院・通院・通所）		
	通院：月（ ）日 または 週（ ）日 通所：週（ ）日 時 分 ～ 時 分まで		
私は、上記のとおり介護を行うため保育ができないので申し立てます。			
令和 年 月 日			
住所 _____			
氏名 _____			

※ 介護等の必要な方の状況を証明する書類を添付してください。（認定済の介護保険証・診断書等）