

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）