**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 | 　 □自宅　　　□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 | □食事　　　□入浴　　　□排泄　　　□通院付添　　　□入院付添□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）**