

診断書 兼 介護・看護状況申告書

保護者記入欄				
保護者氏名				
子ども氏名	生年月日	年	月	日
子ども氏名	生年月日	年	月	日
子ども氏名	生年月日	年	月	日
<small>※介護・看護要件でお申込みの場合のみ記入。また、うら面の記入もお願いいたします※</small>				
氏名 _____ が 氏名 _____ を介護・看護します。 (子どもからみた続柄: _____) (子どもからみた続柄: _____)				
一日あたりの介護・看護時間	時間	一週あたりの介護・看護日数		日

医療機関記入欄				
<small>※内容について、医療機関等に無断で作成し又は改変を行ったときは、無効とし、施設等利用給付認定を取り消します。</small>				
氏名			生年月日	年
診断日	年	月	日	傷病・障がい名
傷病・障がいの状況	<input type="checkbox"/> 常時病臥 <input type="checkbox"/> 自宅療養（1ヶ月以上の安静） <input type="checkbox"/> 入院（1ヶ月以上） <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> その他事由で保育困難			
症状				
療養期間	入院	年	月	日
	通院	年	月	日
介護・看護の必要度	<input type="checkbox"/> 要しない <input type="checkbox"/> 要する（一部介助、見守り等） <input type="checkbox"/> 要する（全面的介助）			
子どもの保育について	<input type="checkbox"/> 1 保育に支障なし <input type="checkbox"/> 2 保育困難 <input type="checkbox"/> 3 保育不能 <small>※上記において□2・□3の場合、保育が困難な理由を具体的に記入してください。</small>			
生駒市長 宛 上記のとおり、診断する。				
			証明日	年
			医療機関名	月
			所在地	日
			医師名	

●現在の通院・通所先(入院・入所先)

	施設名	通院・通所 日数/月	移動手段	付き添いの有無
	所在地			所要時間/日(往復の通所時間を含む)
(例)	生駒デイサービス 生駒市北新町8-38	8日	車	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2時間45分
A				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
B				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
C				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

●直近1ヶ月の介護・看護状況(年 月)

※介護・看護された日に○印をつけてください。

※通院・通所(入院・入所)をされた場合は、上記で記入された通院・通所先(入院・入所先)のA・B・Cを枠内に記入してください。

曜日()	()	()	()	()	()	()
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	備考			

●1日の介護・看護状況

※平均的な状況を具体的に記入してください。

7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00
(例) ←→ 起床	←→ 食事介助		←→ 週2回	→ 病院付き添い	←→ 食事介助		
15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	備考		
←→ リハビリ		←→ 食事介助		←→ 入浴介助			

(記入要領)

- 訂正する場合は、二重線+署名をお願いいたします。(修正テープ等不可)
- 記載内容について、生駒市幼保こども園課が照会する場合があります。
- 記載内容に虚偽等の不正があった場合は、申告を無効とし、施設等利用給付認定を取り消します。

生駒市長 宛

上記のとおり介護・看護していることに相違ありません。

年 月 日

申告者氏名