

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	施設名
子ども氏名	生年月日	年	月	日	施設名
子ども氏名	生年月日	年	月	日	施設名
※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※					
氏名 (子どもからみた続柄：)		が		氏名 (子どもからみた続柄：) を介護・看護します。	
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					
※内容について、医療機関等は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。					
氏名			生年月日	年 月 日	
診断日	年 月 日		傷病・障がい名		
傷病・障がいの状況	☐ 常時病臥 ☐ 自宅療養（1か月以上の安静） ☐ 入院（1か月以上） ☐ 障がい ☐ その他事由で保育困難				
症状					
療養期間	入院 年 月 日 ～ 年 月 日 ・ 未定 通院 年 月 日 ～ 年 月 日 ・ 未定				
介護・看護の必要度	☐ 要しない ☐ 要する（一部介助、見守り等） ☐ 要する（全面的介助）				
子どもの保育について	☐ 1 保育に支障なし ☐ 2 保育困難 ☐ 3 保育不能				
	※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。				
生駒市長 宛					
上記のとおり、診断する。			証明日 年 月 日		
			医療機関名		
			所在地		
			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	8日	車	☒ 有 ☐ 無
	生駒市北新町8-38			2時間45分
A				☐ 有 ☐ 無
B				☐ 有 ☐ 無
C				☐ 有 ☐ 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、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