

利用(希望)施設名	
児童氏名	(平成 年 月 日生)
児童氏名	(平成 年 月 日生)
児童氏名	(平成 年 月 日生)
児童から見た介護する方の続柄	

介護に関する申告(証明)書

介護する方 ①	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			②との続柄
介護される方 ②	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			①との続柄
病名・病状 介護期間				
要介護度や 手帳の所持				

1～5のうち該当する番号に○を付けてください。

- 1 臥床者・重病心身障害児(者)の介護や入院・通院・通所の付き添いのため、月20日以上かつ週40時間の時間を要している。
- 2 病人や障害者の介護や入院・通院・通所の付き添いのため、月16日以上かつ週30時間以上の時間を要している。
- 3 病人や障害者の介護や入院・通院・通所の付き添いのため、月16日以上かつ週24時間以上の時間を要している。
- 4 病人や障害者の介護や入院・通院・通所の付き添いのため、月16日以上かつ週16時間以上の時間を要している。
- 5 病人や障害者の介護や入院・通院・通所の付き添いのため、4に満たない程度の時間を要している。

上記のとおり申告(証明)します。

年 月 日

介護サービス
事業者所在地 _____

医療機関所在地 _____

介護サービス
事業者名 _____

医療機関名 _____

ケアマネージャー _____ 印

医師名 _____ 印

電話番号 _____

電話番号 _____

(注意事項)この申告(証明)書は、鶴田町の施設等への利用事由を確認するための書類です。