

利用(希望)施設名			
児童氏名	(年 月 日生)		
児童氏名	(年 月 日生)		
児童氏名	(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。