

# 疾病・障害・介護(看護)等申立書

|                   |  |      |       |
|-------------------|--|------|-------|
| 児童名               |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 入所中又は<br>第1希望の施設名 |  |      |       |

① 疾病・障害等の方(疾病・障害等の保護者(又は祖父母)についてご記入ください。)

|          |  |            |  |
|----------|--|------------|--|
| 疾病(障害)者名 |  | 生年月日       | 年 月 日  |
| 住 所      |  |            | 児童との<br>続柄   |
| 病名・障害名   |  | 病院名<br>施設名 |  |
| 治療・訓練期間  | 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 年 月 日 (見込)<br><input type="checkbox"/> 未定・不明   |            |  |
| 現在の状況    | <input type="checkbox"/> 通院・訓練 ( <input type="checkbox"/> 週・ <input type="checkbox"/> 月 回 )<br><input type="checkbox"/> 入院 ( <input type="checkbox"/> 退院予定： 年 月・ <input type="checkbox"/> 未定 ) |            | 保育所等への<br>送迎の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |

② 介護(看護)の方(介護を行う保護者(又は祖父母)及び介護対象者についてご記入ください。)

|                       |  |   |            |
|-----------------------|--|---|------------|
| 介護(看護)を<br>行う方の氏名/名前  |  | 生年月日  | 年 月 日      |
| 介護(看護)を<br>受ける方の氏名/名前 |  | 生年月日  | 年 月 日      |
| 介護(看護)を<br>受ける方の住所    |  |   | 児童との<br>続柄 |
| 病名・障害名                |  | 病院名<br>施設名  |            |
| 介護(看護)が<br>必要な期間      | 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 年 月 日 (見込)<br><input type="checkbox"/> 未定・不明 |   |            |
| 介護(看護)の状況             | 日数・時間  | 【日数】週 回 ( <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 )<br>【時間】1日 時間 ( 時 分～ 時 分 )  |            |
|                       | 病院・施設等<br>への付添   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 【曜日】 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日<br>【主な時間帯】 時 分～ 時 分 |            |

西宮市長 宛

上記内容に相違ないことを申し立てます。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

申立者名 \_\_\_\_\_ (印)

- ※ 診断書、障害者手帳又は介護保険被保険者証等のコピーをご提出ください。
- ※ 該当する保育の必要性の事由が、疾病・障害等の方は①、介護(看護)の方は②にご記入ください。
- ※ 原則として、①は疾病・障害者本人、②は介護(看護)を行う方がご記入ください。  
ただし、疾病・障害者本人が記入できない場合は、親族の方がご記入ください。