病人（看護・介護）申立書

　　　　　　　　　　　　　　　こども園

【児　童】　　　　　　　　　　保育所（園）　氏名　　　　　　　　　平成・令和　　年　　月　　日生

氏名　　　　　　　　　平成・令和　　年　　月　　日生

氏名　　　　　　　　　平成・令和　　年　　月　　日生

【申立者】　（住所）　平戸市

　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童との続柄（父・母・祖父・祖母）

【身障手帳・療育手帳・要介護認定証をお持ちのとき】

　身障手帳　　　　種　　　級（番号　　　　　）・療育手帳　記号　　　　　　（　　　　　　）

　要介護　　　　・　要支援　⇒　利用しているサービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【申立内容】　病人看護・介護のため、児童の保育ができない。

太枠内は、主治医（医療機関）から証明をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童の（祖父・祖母・　　　　）　　現在上記の者は、〔　入院加療・通院加療（月・週　　　日程度）・自宅療養　〕中である２．病名及び症状

|  |
| --- |
| 病名症状治療見込期間　　　　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日まで　又は　未定 |

３．看護・介護内容等について　　Ａ．家族等の日常の看護・介護を（　要する・要しない　）　　Ｂ．日常の看護・介護を要する場合、症状等から要する該当項目に○を付けてください

|  |
| --- |
| ａ．入浴・排泄・食事・　の介護　ｂ．洗濯・掃除・料理　の家事援助ｃ．徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等　ｄ．歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練ｅ．輸液の管理、じょく瘡の処置等の診療の補助等ｆ．その他看護・介護に要する時間　　（１日　　　時間程度）　・　（月　　　日程度） |

４．その他　（看護・介護を要することについて、特記事項があればご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※上記内容で審査をした上で「保育の必要性がない」と判断した場合は、認定申請却下となりますので

ご了承ください。

病人（看護・介護）申立書

記載方法

　　　　　　　　　　　　　　　こども園

【児　童】　　　　　　　　　　保育所（園）　氏名　　　　　　　　　平成・令和　　年　　月　　日生

氏名　　　　　　　　　平成・令和　　年　　月　　日生

氏名　　　　　　　　　平成・令和　　年　　月　　日生

【申立者】　（住所）　平戸市

　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童との続柄（父・母・祖父・祖母）

【身障手帳・療育手帳・要介護認定証をお持ちのとき】

　身障手帳　　　　種　　　級（番号　　　　　）・療育手帳　記号　　　　　　（　　　　　　）

　要介護　　　　・　要支援　⇒　利用しているサービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【申立内容】　病人看護・介護のため、児童の保育ができない。

太枠内は、主治医（医療機関）から証明をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童の（祖父・祖母・　　　　）　　現在上記の者は、〔　入院加療・通院加療（月・週　　　日程度）・自宅療養　〕中である治療見込期間は、必ず記入をお願いします。始期は必ずご記入ください。終期が未定の場合は、「未定」に○をお願いします。２．病名及び症状

|  |
| --- |
| 病名症状治療見込期間　　　令和３年５月１日　から　　　　年　　月　　日まで　又は　未定 |

３．看護・介護内容等について　　Ａ．家族等の日常の看護・介護を（　要する・要しない　）　　Ｂ．日常の看護・介護を要する場合、症状等から要する該当項目に○を付けてください

|  |
| --- |
| ａ．入浴・排泄・食事・　の介護　ｂ．洗濯・掃除・料理　の家事援助ｃ．徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等　「要する」の場合に、保育を必要とみなします。ｄ．歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練ｅ．輸液の管理、じょく瘡の処置等の診療の補助等ｆ．その他看護・介護に要する時間　　（１日　　　時間程度）　・　（月　　　日程度） |

４．その他　（看護・介護を要することについて、特記事項があればご記入ください）

|  |
| --- |
| 月60時間は、保育認定の要件として必要となります。１日の時間と月の日数で確認します。 |

令和　　　年　　　月　　　日　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※上記内容で審査をした上で「保育の必要性がない」と判断した場合は、認定申請却下となりますので

ご了承ください。