

(様式8)

看護・介護・疾病・障がい申告書

施設名	
こどもコード	

署名も含めすべての項目に記載してください。理由なく記載がない場合は不備となり、無効となります。

R3-4

住所	三木市		
氏名		児童との続柄	父・母・祖父・祖母・その他()
緊急連絡先	-	-	(※児童の緊急時に連絡しますので、必ず繋がる連絡先を記載下さい。)
児童氏名		(生年月日) H・R	年 月 日
		(生年月日) H・R	年 月 日
		(生年月日) H・R	年 月 日

看護している 介護している(※) 疾病がある(本人) 障がいがある(本人)

(※ 介護については、介護対象者が同居されている場合のみを対象とします。)

看護 介護	看護・介護対象者名	
	介護認定(※介護のみ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (認定番号・内容)
	デイサービス利用(※介護のみ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (利用時間と頻度 : ~ : 週 回利用)
	(申告者から見た)続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()
	対象者住所 (※看護のみ)	所在地: TEL()
	対象者の入院・通院先	施設名: (<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外(市))
	対象者の症状・状況	
	看護・介護内容 (なるべく具体的に)	
	介護・看護に要する時間と頻度	: ~ : (週に 日程度 看護/介護している)
疾病	診断名	
	疾病内容	
	通院・入院状況 (頻度・期間等)	<input type="checkbox"/> 通院 () <input type="checkbox"/> 入院 ()
障がい	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	
	障がい内容	

※添付書類:介護は介護認定証の写し、障がいは手帳の写し、看護・疾病は、診断書や入院・通院・投薬等の内容が確認出来る書類を別途提出して頂きます。添付書類が無い場合、この申告書は無効となります。

三木市長 様 三木市福祉事務所長 様

※保護者署名が無い場合、この申告書は無効となります。

- ① この申告書に虚偽の記載があった場合、教育・保育給付認定の取消及び入園(所)解除を行う場合があります。
- ② 状況が変わる場合(退院・介護認定の変更等も含む)は速やかに市へ連絡ください。
- ③ 実態について、市が関係機関へ調査・確認を行う場合があります。
- ④ 入園(所)希望施設に、この申告書の写しを送付します。

上記4点について同意します。

令和 年 月 日 保護者署名