

(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入してください。理由なく記載がない場合は不備となり、無効となります。

R6-7

住所	三木市		
申告者氏名		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入してください。)
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及びサービス利用票・提供票の写し。障がいは障害者手帳の写し。

看護・疾病は、診断書(原本)及び入院・通院・投薬等の内容が確認できる書類の写しを別途提出していただきます。

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

※申告者署名が無い場合、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解除になること。
- 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すること。
- ③ 市が申告の実態について、関係機関へ調査・確認を行うこと。
- ④ 市が入園希望施設に、この申告書の写しを送付すること。

上記4点について同意します。

令和 年 月 日 申告者署名