

(様式8)

看護・介護・疾病・障がい申告書

施設名	
子どもコード	

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。

R8-9

住 所	三木市		
申告者名		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 名	(生年月日) R 年 月 日		
	(生年月日) R 年 月 日		
	(生年月日) 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)

(※ 看護・介護は、看護・介護対象者が同居されている場合のみ対象とします。)

看護 介護	看護・介護対象者名			
	介護認定(※介護のみ)	☐ 無 ☐ 有 (認定番号・内容)		
	サービス利用(※介護のみ)	☐ 無 ☐ 有 (利用時間と頻度 : ~ : 週 回利用)		
	(申告者から見た)続柄	☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 義父 ☐ 義母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ その他()		
	対象者の入院・通院先	施設名: (☐ 市内 ☐ 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)	☐ 通院 () ☐ 入院 ()		
障がい	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 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。

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