

## 注意事項

※ 未記入がないか、内容に相違がないか必ず確認してください。

※ 記載内容をもとに判定いたします。当法人が必要と判断した場合以外、確認のための連絡はいたしません。

※ 変更が生じた場合は、速やかに再提出をお願いいたします。

西暦 年 月 日

\*発行日から3ヵ月以内有効。日付未記入のものは無効。

## 看護（介護）状況申告書

社会福祉法人葵福社会理事長 宛

児童クラブ入所申込みにあたり、保護者の状況について添付書類とともに次のとおり申告します。

|           |    |    |    |
|-----------|----|----|----|
| 児童クラブ名    |    |    |    |
| フリガナ      |    |    |    |
| 児童名       |    |    |    |
| 2023年度の学年 | 年生 | 年生 | 年生 |

### 看護（介護）をする保護者

|  |   |          |  |
|--|---|----------|--|
| 氏名   |   | 入所児童との続柄 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 看護（介護）をする施設等の住所                                  | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居<br>別居の場合の住所 |          |  |
| 看護（介護）をする施設等までの移動時間（片道）<br>※未記入の場合は、0分とさせていただきます |   | 時間       | 分  |

### 看護（介護）を受ける人

|            |   |          |  |
|------------|---|----------|--|
| 氏名         |   | 入所児童との続柄 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 病院または施設名   |   |          |  |
| 疾病または障がい名  |   | 等級・要介護等  |  |
| 添付書類（コピー可） | <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証<br><input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他（ ） |          |  |

|                      |    |   |
|----------------------|----|---|
| ひと月（4週間）あたりの看護（介護）時間 | 時間 | 分 |
|----------------------|----|---|