

* 消せるボールペン、鉛筆等での記入はご遠慮ください。使用が認められた証明は無効になります。

介護・看護状況証明書

施設名 _____
児童氏名 _____
生年月日 _____

(あて先) 檀原市長

<介護・看護を行う方について>

氏名		児童との続柄	
介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 訪問 (週・月 日程度)		
介護・看護内容	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・外出同行・その他		
	<介護・看護状況を具体的にご記入ください>		

<介護・看護を受ける方について>

氏名		生年月日	年 月 日
児童との続柄			
住所	〒 -		
病名			
手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2)		
特別児童扶養手当受給の有無	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり		
介護認定の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()		
証明書類 * 1	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 疾病・障がい状況証明書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し		
状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通所 (院) 【 週・月 日程度 】		
症状	<児童の保育が困難な点をご記入ください>		

* 1 証明書類として、必ずいずれかの書類を添付してください。