介護（看護）申立書

児童名		生年月日	年　月　日
入所中又は 第1希望の施設名			

介護(看護)を 行う方の氏名/名前		生年月日	年　月　日		
介護(看護)を 受ける方の氏名/名前		生年月日	年　月　日		
介護(看護)を 受ける方の住所				児童との 続柄	
病名・障害名					
介護(看護)の状況	１～３のうち、あてはまるもの１つに○をしたうえで、詳細な介護の状況についてご記入ください。 １．常時観察介護（介護を受ける方が入院中、もしくは寝たきり等で常時介護の必要がある場合） ・入院の有無：□無　□有 入院している場合の病院名：（　　） ・介護の日数および時間 【 日数 】週　　回 （□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日） 【 時間 】１日　　時間（　　時　　分～　　時　　分） ２．施設への付添介護（介護（看護）を受ける**児童**に保護者の付添いが必要な場合） 付添の日数および時間 【 日数 】週　　回 （□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日） 【 時間 】１日　　時間（　　時　　分～　　時　　分） ３．その他の介護 介護の日数および時間 【 日数 】週　　回 （□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日） 【 時間 】１日　　時間（　　時　　分～　　時　　分）				

西宮市長　宛

上記内容に相違ないことを申し立てます。

年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申立者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※自署の場合は印は不要です。

※医師の診断書、又は介護保険被保険者証等のコピーを併せてご提出ください。