

【保育所等：1か月の介護時間が48時間未満の場合は、介護要件での認定ができません。】

私の認定に係る事由は次のとおりです。

年 月 日

申立者

住 所 福山市

名 前

生年月日 年 月 日

介 護 状 況 確 認 書

被介護者	住 所		介護者との 続柄		
	名 前		生年月日 年 齢	年 月 日 (歳)	
被介護者が利用するサービス等	サービス種類		利用量 (時間・頻度など)		提供事業者
	記入例		(例) 月 4 回 〇〇病院 月〇回 〇〇眼科 月〇回		(例) 月 5 時間 (毎週〇曜) 〇時～〇時 〇〇事業所
	居宅サービス	☐ 身体介護 ☐ 通院介助 ☐ 重度訪問介護 ☐ 移動支援 ☐ その他 ()			
	通所サービス	☐ デイサービス ☐ 通所リハビリテーション ☐ 児童発達支援 ☐ ショートステイ ☐ その他 ()			
	その他				
介護内容	日常の家事及び介護サービス以外での被介護者に対する介護内容について、具体的に記入してください。また、その介護にかかわる日数や時間についても記入してください。(※裏面「被介護者の介護状況・サービス利用状況等スケジュール」も記入してください。)				
1 か月平均		日	1 日平均		時間

※この申立書は、保育の必要性の認定（保育所等入所事務等）、放課後児童クラブ利用事務のために使用します。

※被介護者の診断書、障がい者手帳、ケアプラン等、その他介護を要すると認められる書類のコピーを添付してください。

被介護者の介護状況・サービス利用状況等スケジュール								
	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外の利用サービス等
6 : 00								【記入例】 種類 : 通院等乗降介助 利用量など : 月 2 回（病院名等）
8 : 00								
10 : 00								
12 : 00								
14 : 00								種類 : 利用量など :
16 : 00								
18 : 00								
20 : 00								
22 : 00								種類 : 利用量など :
0 : 00								
2 : 00								
4 : 00								
1日の介護時間	時間 分	時間 分	時間 分	時間 分	時間 分	時間 分	時間 分	

※介護者がその介護にかかわる部分にマーカーをし、付き添いが必要な時間が分かるように記入してください。