|  |  |
| --- | --- |
| 管理番号 |  |

別紙様式３　介護状況確認書　2025

|  |
| --- |
| 福山市記入欄 |
| **標・短** |
|  |

|  |
| --- |
| **【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）　　　　　　　（例）月４回　　　　　　　月５時間（毎週○曜）　○○病院　月○回　　○時～○時　○○眼科　月○回 | （例）○○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。