

# 介護に関する申告(証明)書

施設名	
児童名	
続柄	児童からみた介護される方の続柄

① 介護する方	氏名		生年月日	年	月	日
	住所				②との続柄	
② 介護される方	氏名		生年月日	年	月	日
	住所				①との続柄	
病名・病状						
介護期間						
要介護度や 手帳の所持						

1～4のうち該当する番号に○をつけて下さい。

- 1 臥床者・重病心身障害児(者)の介護や入院・通院・通所の付添のため、月20日以上かつ週40時間の時間を要している。
- 2 病人や障害者の介護や入院・通院の付添のため、月16日以上かつ、週30時間以上の時間を要してゐる。
- 3 病人や障害者の介護や入院・通院の付添のため、月16日以上かつ、週24時間以上の時間を要してゐる。
- 4 病人や障害者の介護や入院・通院の付添のため、月16日以上かつ、週16時間以上の時間を要してゐる。

上記のとおり診断します。

年 月 日

介護サービス  
事業者所在地 \_\_\_\_\_

医療機関  
所在地 \_\_\_\_\_

介護サービス  
事業者名 \_\_\_\_\_ 印

医療機関名 \_\_\_\_\_

ケアマネージャー \_\_\_\_\_ 印

医師名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※介護サービス事業者または医師の診断を受けてください。