

介護に関する申告(証明)書 (学童クラブ用)

クラブ名	
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	昭・平	年	月	日
	住所				②との続柄		
② 介護される方	氏名		生年月日	大・昭・平	年	月	日
	住所				①との続柄		
病名・病状							
介護期間							
障がい者 手帳の所持	有(等級:)・無		要介護認定の 有無	有(等級:)・無			

※障がい者手帳または要介護認定通知書の写しにより下記の証明に代えることができます。

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いる。
- 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いる。
- 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いる。

上記のとおり診断します。

令和 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 _____