

保 護 者 記 入 欄	利用(希望)施設名
	子どもの氏名・生年月日
	子どもからみた介護する方の続柄

介護に関する申告(証明)書

介護 する方 ①	氏名		生年月日	年	月	日
	住所			②との続柄		
介護 される方 ②	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○を付けてください。

- 1 病人や障がい者の介護や入院・通院・通所の付き添いのため、月20日以上かつ週40時間の時間を要している。
- 2 病人や障がい者の介護や入院・通院・通所の付き添いのため、月16日以上かつ週24時間以上の時間を要している(上記1に該当する場合を除く)。
- 3 病人や障がい者の介護や入院・通院・通所の付き添いのため、月16日以上かつ週16時間以上の時間を要している(上記1・2に該当する場合を除く)。
- 4 病人や障がい者の介護や入院・通院・通所の付き添いのため、上記3に満たない程度の時間を要している。

上記のとおり申告(証明)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 _____

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 _____

(注意事項)この申告(証明)書は、菟野町の施設等への利用事由を確認するための書類です。