

児童氏名 **東栄 太郎** (H・R 31年 4月 2日生)
児童氏名 **東栄 花子** (H・R 2年 5月 1日生)
児童氏名 _____ (H・R 年 月 日生)

介 護 ・ 看 護 申 出 書

介護又は看護を必要とする者	住 所	東栄町大字●●字●●○番地
	氏 名	東栄 次郎
	傷病名 障がい名	脳梗塞
	状 況	入院中・通院中(1か月あたり 15 日) 常時寝たきり・常時安静・その他()
介護又は看護の状況	時 間	1日あたり 10 時間 00 分
	日 数	週に 日または1か月あたり 30 日
	内 容	(具体的に記入すること) 食事や排せつ等の日常生活がひとりでできないため、常時介護が必要。
上記のとおり介護・看護していることについて別紙診断書等を添えて申し出ます。 令和○年 ○月 ○日 保護者 住 所 東栄町大字●●字●●○番地 氏 名 東栄 三郎		

※ 診断書や身体障害者手帳の写し等の介護または看護が必要であることが分かる書類を添付してください。

注意事項

1. 申出内容を確認するため、役場から連絡または現地訪問することがあります。
2. 事実と記入内容に相違がある場合は、保育施設入所を取消または退所になります。