

介護・看護 状況 申告書 **記入例**

令和 8 年 10 月 5 日

練馬区教育委員会教育長 宛て

保護者が介護にあたっている状況について、以下のとおり申告します。

住所 練馬区 豊玉北 △ー△ー△ ○○ハウス ○○号室

日中連絡先 ○○○ (○○○○) ○○○○

フリガナ
保護者氏名

ネリマ イチロウ
練馬 一郎

母・父・その他 ()

介護・看護にあたっている方の氏名	練馬 花子	続柄	母 ※申込（在園）児童からみた続柄
介護・看護が必要な方の氏名	練馬 丸	続柄	祖父 ※申込（在園）児童からみた続柄
介護・看護が必要な方の住所	同居		
介護・看護を必要とする理由	・身体障害者手帳 1 種 1 級 ・愛の手帳 度 ・療育手帳 ・精神障害者保健福祉手帳 級 ・自立支援医療受給者証 ・介護保険被保険者証・要介護度〔要介護（ ）・要支援（ ）〕 ・その他（病名）		
※添付書類が必要です	① 身体障害者手帳 2. 愛の手帳 3. 療育手帳 4. 精神障害者保健福祉手帳 5. 介護保険被保険者証 6. 診断書 7. 入院計画書等（ ） 8. 難病の医療証 9. 自立支援医療受給者証 ※ 上記添付書類の番号に○を付け、コピーをご提出ください。		
介護・看護の状況 (○をつけてください)	食事 一人で行える ・ 一部介助 ・ 全介助 入浴、洗顔等 一人で行える ・ 一部介助 ・ 全介助 排せつ 一人で行える ・ 一部介助 ・ 全介助 特別な医療・介護等 無 ・ 有（ ）		
介護・看護日数等	介護にあたっている日数 1 か月当たりの介護日数 30 日 介護にあたっている時間 240時間 通院・通所に付添う日数 1 か月当たりの付添日数 8 日 付添にあたっている時間 40時間		
その他の具体的な 介護・看護状況	(例) 右手足の麻痺により、生活全般に介助が必要です。手足のリハビリのため、1日に2回、関節の曲げ伸ばし、マッサージなどを行います。その他、食事や衣服の着脱(脱ぎ着)の際の手助けや、補装具の装着の手伝いをしています。 介護状況についてなるべく詳細にご記入ください。		

※記入例を参考に、必要事項をもれなくご記入ください。

裏面もご記入ください➡

☆通院・通所先

A	名称	〇〇医療センター	所在地	新宿区西新宿〇-〇-〇
	日数	1か月当たり 4日	所要時間	3時間 30分
B	名称	都立△△病院	所在地	練馬区光が丘△-△-△
	日数	1か月当たり 8日	所要時間	4時間 0分
C	名称	□□整形外科	所在地	練馬区貫井□-□-□
	日数	1か月当たり 2日	所要時間	2時間 0分
D	名称		所要時間は病院の往復だけでなく、実際に被介護者に付き添っている時間(通院の準備から帰宅までの付き添い時間)を記載してください。	
	日数	1か月当たり 日		

☆1日の介護・看護スケジュール (上記A～Dの時間)

0時	1時	2時	3時	4時	5時	6時	7時
				睡眠			起床 食事作り 食事介助
8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時
手足の マッサージ (30分くらい)	週2回は病院に連れて行く(B) 月2回は病院に連れて行く(C)				週1回は病院に連れて行く(A) 食事作り 食事介助		
16時	17時	18時	19時	20時	21時	22時	23時
	手足の マッサージ (30分くらい)	食事作り 食事介助		入浴介助		睡眠	

☆1か月の介護・看護スケジュール (介護にあたっている時間を週・曜日ごとにご記入ください。)

第1週 (時間)						
日	月	火	水	木	金	土
6		4		4	4	5
第2週 (時間)						
日	月	火	水	木	金	土
	4	4	8	4	4	
第3週 (時間)						
日	月	火	水	木	金	土
6		4		4	4	5
第4週 (時間)						
日	月	火	水	木	金	土
	4	4	8	4	4	
第5週 (時間)						
日	月	火	水	木	金	土
	4					