

疾病・障がい、介護・看護等申立書

令和 年 月 日

湯川村長様

〒

申立人（保護者）住所

湯川村

申立人（保護者）氏名

Ⓜ 児童との続柄（ ）

対象児童氏名・生年月日

平成・令和 年 月 日生

以下のとおり相違ないことを申し立てます。

1 疾病・障がい

疾病	傷病名			
	添付書類	診断書の写し		
	入通院	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 通院（週 回）	<input type="checkbox"/> 自宅療養
	必要な療養機関	年 月 日 ～ 年 月 日見込		
障がい	障がい名または 要介護認定区分			
	添付書類	身体障害者手帳の写し／療育手帳の写し／介護保険被保険者証の写し (いずれか当てはまるものに○をつけ、添付してください。)		

2 介護・看護

介護・看護 が必要な方	氏名・続柄	申立人との続柄（ ）		
	住所	入院中の場合は病院名（ ）		
介護・看護の区分	<input type="checkbox"/> 入院・入所の付き添い	<input type="checkbox"/> 居宅内介護・看護	<input type="checkbox"/> ねたきり老人	
	<input type="checkbox"/> 心身障がい児者の介護	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
病名・障がい名等				
介護・看護の内容				
日数	介護・看護にあっている日数	1日あたり	時間	・ 1月あたり 日
	通院・通所に付き添う日数	1日あたり	時間	・ 1月あたり 日
添付書類	身体障害者手帳の写し／療育手帳の写し／精神障害者保健福祉手帳の写し 介護ケアプラン（なければ介護保険被保険者証の写し） (いずれか当てはまるものに○をつけ、添付してください。)			