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 | □　入院　　　　 | □　通院（週　　　回） | □　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 | □　入院・入所の付き添い | □　居宅内介護・看護 | □　ねたきり老人 |
| □　心身障がい児者の介護 | □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病名・障がい名等 |  |
| 介護・看護の内容 |  |
| 日数 | 介護・看護にあたっている日数 | 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。） |