

(保育所申込用)

# 看護・介護事実の証明書

宜野座村長 殿

記入日：令和 年 月 日

下記のとおり、看護(介護)をしているため、家庭にて保育することができませんので、申し立てします。

看護・介護している者	住所	宜野座村字		
	氏名		児童との続柄	

看護・介護を要する親族	住所	沖縄県						
	氏名				看護・介護している者との関係			
	生年月日	年	月	日	電話番号			
看護・介護を必要とする理由 ※手帳等の 写しを添付して下さい	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 号給 <input type="checkbox"/> 療育手帳 度 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉保健手帳 級 <input type="checkbox"/> 介護保険手帳 要介護( )級・要支援( )級 <input type="checkbox"/> その他の疾病 (病名: )							
	1日の平均的な 看護・介護の スケジュール	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時
		14時	15時	16時	17時	18時	19時	20時以降
看護・介護の 状況	看護・介護している常態	<input type="checkbox"/> 生活全般において、全面的介助が必要						
		<input type="checkbox"/> 排泄、入浴、脱衣等に介助が必要						
		<input type="checkbox"/> 日常生活は出来るが、介護、看護、通院、通園等を常態とする						
	看護・介護の時間及び日数	1日 時間			1ヵ月 平均 日			
	通院・通学の付き添い	あり(月 回・週 回程度) ・ なし						
デイサービス等の利用	あり(月 回・週 回程度) ・ なし							

★看護・介護を必要とする方の診断書を添付してください。

(備考)この証明書と事実が異なる場合は、入所ができなくなる場合がありますのでご了承ください。

## ※ 保護者記入欄

入所希望児童氏名	①	( 歳)	③	( 歳)
	②	( 歳)	④	( 歳)

# 診断書

保護者及び同居者用  
看護・介護用

申請児童保護者	住所	宜野座村字		
	氏名		印	児童との続柄

<診断を受ける方>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 児童との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

申請者記入欄

<病名>	<症状>
<p>症状等から該当するものにチェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>A 軽症であるが、定期的通院を要する(日常生活、子どもの世話に支障はない)</p> <p><input type="checkbox"/>B おおむね3~6ヶ月間の治療を要する(日常生活、子どもの世話に一部支障がある)</p> <p><input type="checkbox"/>C おおむね6ヶ月以上の長期的治療を要する(日常生活、子どもの世話に支障がある)</p> <p><input type="checkbox"/>D 常時、安静が必要、又は臥床状態で子どもの世話をすることが出来ない。</p> <p><input type="checkbox"/>E 精神等、長期加療を要する常態。</p> <p><input type="checkbox"/>F 入院(安静を要するもの)</p> <p><input type="checkbox"/>G 長期入院(1ヵ月以上)常時臥床、感染症、難病。</p>	
<p>介護、看護が必要な方は該当するものにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>A 基本的に日常生活はできる(介助不要)</p> <p><input type="checkbox"/>B 基本的に日常生活はできるが、入浴等に一部介助が必要。</p> <p><input type="checkbox"/>C 立ち上がりや歩行が安定しない。排泄、入浴などに一部介助が必要。</p> <p><input type="checkbox"/>D 起き上がり、寝返りが自分では難しい。排泄、入浴などに一部または全部の介助が必要。</p> <p><input type="checkbox"/>E 起き上がり、寝返りが自分ではできず、排泄、入浴、衣服の着脱等に介助が必要。</p> <p><input type="checkbox"/>F 入浴・排泄・衣服の着脱など多くの日常の行為に全面的な介助が必要。</p> <p><input type="checkbox"/>G 生活全般において、全面的な介助が必要。</p>	
<p>その他、病状に関する特記事項、考慮すべき点がありましたら、ご記入下さい。</p>	
今後の療養	<p>1、入院加療を要する( 年 月 日から 年 月 日まで)</p> <p>2、通院加療を要する( 年 月 日から 年 月 日まで)</p> <p>( 週 回または 月 回)</p> <p>3、医療不要</p>
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>診断書作成年月日 令和 年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>医 師 名 _____</p>	

医師が記入してください

### ※ 保護者記入欄

入所希望児童氏名	①	( 歳)	③	( 歳)
	②	( 歳)	④	( 歳)