＜ 様式③ ＞
「介護・看護」事由に該当する場合にのみ提出が必要です。

黒のボールペン等で記入してください。（消えるペンは使用しないでください。）

介護（看護）状況確認書

利用施設名	
フリガナ	
児 童 名	
生年月日	平成・令和　年　月　日

※施設名，児童名，生年月日を必ず記入してください。
※きょうだい2人以上利用中の場合は弟妹児への添付は不要です。
利用中のいちばん上のお子さんの児童名等を記入してください。

【申立者】介護（看護）をする方	氏　名		住　所	
	㊞			
介護（看護）が必要な方	フリガナ		在園児童との続柄	
	氏 名			
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日（　歳）		
	住 所		電話番号	
添付書類等	□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □診断書	□介護保険被保険者証 □通所証明書（在園証明書） □その他（　）		
療養等の状況	自宅療養・入院中・施設通所　昭和・平成・令和　年　月　日から			
	入院の場合の退院予定 ： 有（ 令和　年　月　日頃 ） ・ 無 ・ 未定			
通院・通所（入院）先	施 設 名			
	所 在 地			

【一日のスケジュール】※平均的な一日の状況を記入してください。

一日のスケジュール	
5 時	
6 時	
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	
21 時	
22 時	
23 時	

記入例	
5 時	
6 時	
7 時	6:30～8:30 起床・食事介助
8 時	
9 時	
10 時	9:00～11:30 通院付き添い
11 時	
12 時	12:30～13:30 食事介助
13 時	
14 時	
15 時	
16 時	
17 時	17:00～18:00 入浴介助
18 時	18:00～19:00 食事介助
19 時	
20 時	
21 時	
22 時	22:00～23:00 就寝介助
23 時	

注：記載事項が事実と相違した場合は，教育・保育施設の利用ができなくなる，または施設等利用給付認定を取り消すことがあります。