

注意事項

- ※ 未記入がないか必ず確認してください。
- ※ 記載内容をもとに判定いたします。当社が必要と判断した場合以外、確認のための連絡はいたしません。
- ※ 変更が生じた場合は、速やかに再提出をお願いいたします。

西暦 年 月 日

*発行日から3か月以内有効。日付未記入のものは無効。

看護（介護）状況申告書

株式会社キッズホーム薬代表取締役 宛

児童クラブ入所申込みにあたり、保護者の状況について添付書類とともに次のとおり申告します。

児童クラブ名			
フリガナ			
児童名			
2023年度の学年	年生	年生	年生

看護（介護）をする保護者

氏名		入所児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）
看護（介護）をする施設等の住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居の場合の住所		
看護（介護）をする施設等までの移動時間（片道） ※未記入の場合は、0分とさせていただきます		時間	分

看護（介護）を受ける人

氏名		入所児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）
病院または施設名			
疾病または障がい名		等級・要介護等	
添付書類（コピー可）	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

看護（介護）日数	週 日 または 月 日						
1週あたりの看護（介護）時間	月	火	水	木	金	土	日
	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間

※1週間の平均的な看護（介護）時間を記入してください。

注意事項

※ 未記入がないか必ず確認してください。

※ 記載内容をもとに判定いたします。当財団が必要と判断した場合以外、確認のための連絡はいたしません。

※ 変更が生じた場合は、速やかに再提出をお願いいたします。

2020 年 〇 月 〇 日

看護（介護）状況申告書（例）

株式会社キッズホーム爰 代表取締役 宛

児童クラブ入所申込みにあたり、保護者の状況について添付書類とともに次のとおり申告します。

児童クラブ名	Mo-ne新林児童クラブ		
フリガナ	ミライジ 次郎	ミライジ 三郎	
児童名	未来 次郎	未来 三郎	
2022年度の学年	3 年生	1 年生	1 年生

看護（介護）をする保護者

氏名	未来 花子	入所児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他（ ）
看護（介護）をする施設等の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居の場合の住所		
看護（介護）をする施設等までの移動時間（片道）	時間	分	

看護（介護）を受ける人

氏名	未来 藤子	入所児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他（ ）
病院または施設名	△△病院		
疾病または障がい名	等級・要介護等	要介護〇	
添付書類（コピー可）	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

看護（介護）日数	週 7 日 または 月 日						
1週あたりの看護（介護）時間	月	火	水	木	金	土	日
	8 時間	5 時間	8 時間	5 時間	8 時間	8 時間	8 時間

※ 1週間の平均的な看護（介護）時間を記入してください。