

看 護 ・ 介 護 事 実 の 申 告 書

北 中 城 村 長 殿

下記のとおり、看護・介護をしていることを申告します。

年 月 日

住 所

氏 名

(看護にあたる者)

記

住 所			看(介)護者 との続柄		
氏 名			病名又は 障害名		
生年月日	年 月 日	生			
看護の開始	年 月 日	から			
別居の場合 その理由					
看護の理由					
看(介)護の 日数／週	日／週		看(介)護の 時間／日	時間／日	
看護の状況					
医療・介護 制度等の 利用状況	☐ 訪問看護・介護	利用日数	／週	利用時間	／日
	☐ デイサービス	利用日数	／週	利用時間	／日
	☐ デイケア	利用日数	／週	利用時間	／日
	☐ ホームヘルプサービス	利用日数	／週	利用時間	／日
	☐ その他()	利用日数	／週	利用時間	／日

※診断書(指定様式)や障害者手帳の写し等、必要書類を添えて提出してください。

※書類提出後、電話・訪問などによる確認を行う場合があります。

※申立書の内容が事実と異なることが判明した場合は、入所取消または退所となります。

以下、村処理欄

調査日		調査者		備考	
-----	--	-----	--	----	--