

## 介護状況表

(宛先) 春日市長

年 月 日

私の介護状況は、下記のとおりです。

住所	
氏名	
介護等を受ける人	
児童との関係	父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ その他 (                      )
介護を必要とする理由	身体障害者手帳                      (              ) 級 療育手帳                              (              ) 判定 精神障害者保健福祉手帳        (              ) 級 要介護認定                      要介護 (              ) ・ 要支援 (              ) その他                                  病名 (                              )
介護日数・時間	平均 週 (              ) 日・週 (              ) 時間
介護の状況 (              をつけてください )	食事    介助なし              ・              一部介助              ・              全介助 入浴    介助なし              ・              一部介助              ・              全介助 排泄    介助なし              ・              一部介助              ・              全介助 特別な医療・介護等              なし              ・              あり
その他の具体的な介護内容	

裏面も記入してください

添付書類 ( 1 ~ 4 は写し、5 は原本 )

- |             |        |               |
|-------------|--------|---------------|
| 1 身体障害者手帳   | 2 療育手帳 | 3 精神障害者保健福祉手帳 |
| 4 介護保険被保険者証 | 5 診断書  |               |

一週間の介護状況（具体的に記入してください）

曜日によって状況が変わらない場合は、月曜日のみ記入し、他は「同左」記入。

	例	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
6:00							
7:00							
8:00	↑ 食事 介助 ↓						
9:00	↑ 通院 付添い ↓						
10:00							
11:00							
12:00	↑ 食事 介助 ↓						
13:00							
14:00							
15:00							
16:00	↑ 入浴 介助 ↓						
17:00							
18:00	↑ 食事 介助 ↓						
19:00							
20:00							

通院・通所先

名称		日数	週・月（ ）回 / 不定期
名称		日数	週・月（ ）回 / 不定期
名称		日数	週・月（ ）回 / 不定期