

受領印欄

児童氏名 (カタカナで)	生年月日	施設名
	年 月 日	(入所中・申込中)
	年 月 日	(入所中・申込中)
	年 月 日	(入所中・申込中)

## 看護・介護申立書

看護・介護される人	住 所		
	氏名・生年月日・続柄 (氏名)	( 年 月 日生 ) 保護者との続柄 ( )	
	疾 病 等 名		
	通 院 ・ 往 診 年 月	年 月 日から	
	治 療 病 院 名		
	障 害 者 手 帳	無 ・ 有 ( ) 級	※看護・介護される方の介護保険証または、身体障害者手帳等をお持ちの場合はコピーを添付してください。 身体障害者手帳1～3級、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当申請書、介護保険証(要介護2～5)がない場合は診断書の添付が必要です。
	介 護 保 険 認 定	無 ・ 有 要介護度 ( )	
現 在 の 状 況 と 活 動 日 常 生 活			
看護・介護者	住 所		
	氏 名 ・ 生 年 月 日	( 年 月 日生 )	
	看護・介護を始めたとき	年 月 日から	
	1ヶ月の平均介護時間	時間	
	看 護 ・ 介 護 の 内 容		

※裏面に記入例があります。

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

久留米市長 宛て

令和 年 月 日

保護者住所：

保護者氏名：

### ◆注意事項◆

\*これは、保育所入所(継続入所)または、子育てのための施設等利用給付認定のため久留米市子ども未来部子ども保育課に提出するものです。【問合せ先0942-30-9025】

\*不正な事実が判明した場合は、入所もしくは子育てのための施設等利用給付認定を取り消します。  
内容等が変更になった場合は、証明書を再提出してください。

受領印欄

児童氏名 (カタカナで)	生年月日	施設名
クルメ キラリ	〇〇年 4月 23日	(入所中) <b>申込中</b>
	年 月 日	(入所中・申込中)
	年 月 日	(入所中・申込中)

**記入例**

看護・介護申立書

看護・介護される人	住 所	久留米市城南町●●-●	
	氏名・生年月日・続柄	(氏名) 福岡 博子 ( 〇〇年 6月 1日生 ) 児童との続柄 ( 祖母 )	
	疾 病 等 名	右手足の麻痺	
	通 院 ・ 往 診 年 月	〇〇年 10月 10日から	
	治 療 病 院 名	くるめ●●病院	
	障 害 者 手 帳	無 ( 〇 ) ・ 有 ( ) 級	※看護・介護される方の介護保険証または、身体障害者手帳等をお持ちの場合はコピーを添付してください。 身体障害者手帳1～3級、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当請求書、介護保険証(要介護2～5)がない場合は診断書の添付が必要です。
	介 護 保 険 認 定	無 ・ 有 ( 〇 ) 要介護度 ( 3 )	
現 在 の 状 況 と 活 動 日 常 生 活	右手足の麻痺により食事や排泄などの介助が必要です。また、立ち上がりや片足での立位保持などがひとりでできず、入浴や衣服の着脱などに生活全面的な介助が必要です。		
看護・介護者	住 所	久留米市城南町●●-●	
	氏 名 ・ 生 年 月 日	久留米 ひとみ ( 〇〇年 12月 22日生 )	
	看護・介護を始めたとき	〇〇年 11月 5日から	
	1ヶ月の平均介護時間	186 時間	
	看護・介護の内容	手足のリハビリのため、1日に2回関節の曲げ伸ばし、マッサージなどを行っています。その他食事や衣服の着脱の際の手助けや、補装具の装着の手伝いをしています。	

※裏面に記入例があります。

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

久留米市長 宛て

〇〇年 10月 11日

保護者住所：久留米市城南町●●-●

保護者氏名：久留米 ひとみ

看護、介護状況についてなるべく詳細に記入をお願いします。

◆注意事項◆

\*これは、保育所入所(継続入所)または、子育てのための施設等利用給付認定のため久留米市子ども未来部子ども保育課に提出するものです。【問合せ先0942-30-9025】

\*不正な事実が判明した場合は、入所もしくは子育てのための施設等利用給付認定を取り消します。  
内容等が変更になった場合は、証明書を再提出してください。