

受領印欄

児童氏名 (カタカナで)	生年月日	保育所名 (申込中の方は第一希望園を記載)
	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

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)のため久留米市子ども未来部子ども支援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	保育所名 (申込中の方は第一希望園を記載)
クルメ キラリ	平成25年 5 月 23 日	〇〇保育園 (入所中 <input checked="" type="radio"/> 申込中)
	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 (昭和30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	平成28年 10 月 10 日から	
	治 療 病 院 名	くるめ●●病院	
	障 害 者 手 帳	<input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 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 (昭和58年 12 月 22 日生)	
	看護・介護を始めたとき	平成28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

平成31年 4 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)のため久留米市子ども未来部子ども支援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。