

介護確認書

筑西市福祉事務所長 様

※保護者記入欄	
利用希望施設名	
児 童 名	
児童との続柄	父・母・祖父・祖母・その他 ()

介 護 者	住 所	筑西市
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
介護を受けている方	住 所	
	氏 名	(児童との続柄)
	生 年 月 日	年 月 日
	症 状	病名 ()
	手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> ㊤ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> 要介護認定 (級) 要支援 () <input type="checkbox"/> なし
介 護 ・ 看 護 状 況	□入院	介護・看護の期間 年 月 日から 年 月 日まで □月 (日) □週 (日) □その他 ()
		□入所・通所 介護・看護の時間 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで 一日平均 時間
	□在宅	介護・看護の内容 □家事援助 □食事援助 □着脱衣補助 □入浴補助 □排泄補助 □送迎 □その他 ()
		その他具体的な介護・看護の内容 ()
添 付 書 類 ※必ず添付してください	<input type="checkbox"/> 障害者手帳のコピー <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証のコピー <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他 ()	

上記のとおり事実と相違ないことを確認しました。

年 月 日

地区担当民生委員

住 所 筑西市

氏 名

電 話 番 号

【記入にあたってのお願い】

- ※介護者がお住まいの地区担当民生委員さんから証明を受けてください。
- ※修正液等の内容訂正は無効になりますので、必ず地区担当民生委員さんの訂正印で訂正してください。
- ※この確認書は、保育の要件を確認する以外の目的で使用することはありません。
- ※証明内容について不正（虚偽）が認められた場合は、認定を取り消す場合があります。

記入例

介護確認書

筑西市福祉事務所長 様

※保護者記入欄	
利用希望施設名	〇〇保所
児童名	筑西二郎
児童との続柄	父・母・祖父・ 祖母 その他 ()

介護者	住所	筑西市 丙360番地	※すべて介護者が記入してください。 修正液等の内容訂正は無効になります。
	氏名	筑西梅子	
	生年月日	昭和 32 年 6 月 7 日	
介護を受けている方	住所	筑西市下中山〇〇〇	※介護の内容を詳しく記入してください。 診断書に完治の時期が記載してある場合は その期間までが介護期間となります。 (期間がない場合は空欄)
	氏名	茨城竹子 (児童との続柄 曾祖母)	
	生年月日	昭和 12 年 11 月 1 日	
	症状	病名 (腎臓病)	
	手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1 級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> なし	
介護・看護状況	<input checked="" type="checkbox"/> 入院	介護・看護の期間	平成28年 4月 1日 から 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 月 (日) <input checked="" type="checkbox"/> 週 (2 日) <input type="checkbox"/> その他 ()
		介護・看護の時間	午前・午後 9時00分 から 午前・午後 4時00分 まで 一日平均 7 時間
	<input type="checkbox"/> 入所・通所	介護・看護の内容	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input checked="" type="checkbox"/> 食事援助 <input checked="" type="checkbox"/> 着脱衣補助 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 在宅	その他具体的な介護・看護の内容	(姉と交代で介護している)
添付書類 ※必ずいずれかひとつ添付	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳のコピー <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証のコピー <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他 ()		

上記のとおり事実と相違ないことを確認しました。

平成 30 年 11 月 1 日

地区担当民生委員

住 所 **筑西市下中山〇〇〇〇**

氏 名 **民生太郎** (印)

電 話 番 号 **0296-24-〇〇〇〇**

【記入にあたってのお願い】

※介護者がお住まいの地区担当民生委員さんから証明を受けてください。

※修正液等の内容訂正は無効になりますので、必ず地区担当民生委員さんの訂正印で訂正してください。

※この確認書は、保育の要件を確認する以外の目的で使用することはありません。

※証明内容について不正（虚偽）が認められた場合は、認定を取り消す場合があります。

※障害者手帳等を添えて地区担当民生員さんの証明
をもらってください。