



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 氏 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	☐ あり ☐ 身体障害者手帳 (級) ☐ 精神保健福祉手帳 (級) ☐ 療育手帳 (☐ A ☐ B ☐ C) ☐ 要介護認定 (1 2 3 4 5) 要支援 (1 2) ☐ なし
介 護 ・ 看 護 状 況	☐ 入院 ☐ 入所・通所 ☐ 在宅	介護・看護の期間 年 月 日から 年 月 日まで ☐ 月 (日) ☐ 週 (日) ☐ その他 ()
		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
		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	☐ 障害者手帳のコピー ☐ 介護保険被保険者証のコピー ☐ 診断書 ☐ 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 民生委員・児童委員

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の民生委員・児童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、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。

※有効期限は証明日より3ヶ月以内です。

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

〇〇保育所

児童氏名

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

氏名

筑西梅子

生年月日

昭和 37 年 10 月 12 日

※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。

※介護者と介護を受けている方は原則同一住所となります。

介護を受けている方

住所

筑西市丙360番地

氏名

茨城竹子

（児童との続柄 曾祖母）

生年月日

昭和 14 年 11 月 1 日

症状

病名（腎臓病）

手帳の有無

☒あり ☒身体障害者手帳（ 1 級）
☐精神保健福祉手帳（ 級）
☐療育手帳（☐A ☐A ☐B ☐C）
☐要介護認定（1 2 3 4 5）
要支援（1 2）
☐なし※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）

介護・看護の期間

令和 2 年 4 月 1 日から 年 月 日まで

☐月（ 日） ☒週（ 7 日）☐その他（ ）

介護・看護状況

☐入院☐入所・通所☒在宅

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

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

（ 姉と交代で介護している ）

添付書類

※必ず添付してください

☒障害者手帳のコピー☐介護保険被保険者証のコピー☐診断書☐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。

令和 8 年 9 月 1 日

民生委員

※障害者手帳等を添えて、地区担当の民生委員・児童委員さんの証明をもらってください。

住所 筑西市下中山〇〇〇〇

氏名 民生太郎

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の民生委員・児童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、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。

※有効期限は証明日より3ヶ月以内です。