

看護・介護申立書

新上五島町長 様

＜申立者記入欄＞

看護・介護者	氏名			児童との続柄																						
	住所	新上五島町	郷	番地																						
要看護・介護者	氏名			児童との続柄																						
	住所	新上五島町	郷	番地																						
病名・障害名				病院名																						
看護・介護 状況	※該当する項目に記入をしてください																									
	入院	年 月 日 ~		年 月 日	見込み																					
	通院	週 回	生活介助	必要あり ・ 必要なし																						
	※1日の看護・介護の状況を記入例を参考に記入してください 日によって違う場合には、2段書きにするなど、分るように記入してください																									
	記入例	排泄介助 1日約6回 体位変換 2時間に1回																								
		<table border="0" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">6:00</td> <td style="text-align: center;">8:00</td> <td style="text-align: center;">10:00</td> <td style="text-align: center;">12:00</td> <td style="text-align: center;">14:00</td> <td style="text-align: center;">16:00</td> <td style="text-align: center;">18:00</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="text-align: center;">↔</td> <td style="text-align: center;">↔</td> <td style="text-align: center;">↔</td> <td style="text-align: center;">↔</td> <td style="text-align: center;">↔</td> <td style="text-align: center;">↔</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">食事介助</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">病院付き添い週2回</td> <td style="text-align: center;">食事介助</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">リハビリ (マッサージ)</td> <td style="text-align: center;">食事介助</td> </tr> </table>				6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	食事介助	病院付き添い週2回		食事介助	リハビリ (マッサージ)		食事介助
6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00																				
↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔																				
食事介助	病院付き添い週2回		食事介助	リハビリ (マッサージ)		食事介助																				
		排泄介助 1日約 回 体位変換 時間に1回																								
		<table border="0" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">6:00</td> <td style="text-align: center;">8:00</td> <td style="text-align: center;">10:00</td> <td style="text-align: center;">12:00</td> <td style="text-align: center;">14:00</td> <td style="text-align: center;">16:00</td> <td style="text-align: center;">18:00</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>				6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00														
6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00																				
添付書類	※該当する番号を○で囲んでください																									
	1 診断書 2 身体障害者手帳の写し 3 療育手帳の写し 4 その他()																									

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

年 月 日

申立者 住所

氏名

