

注意事項

- ※ 未記入がないか、内容に相違がないか必ず確認してください。
- ※ 記載内容をもとに判定いたします。当法人が必要と判断した場合以外、確認のための連絡はいたしません。
- ※ 変更が生じた場合は、速やかに再提出をお願いいたします。

西暦 年 月 日

*発行日から3ヵ月以内有効。日付未記入のものは無効。

看護（介護）状況申告書

放課後児童クラブ運営事業者代表者 宛

児童クラブ入所申込みにあたり、保護者の状況について添付書類とともに次のとおり申告します。

| | | | |
|-----------|----|----|----|
| 児童クラブ名 | | | |
| フリガナ | | | |
| 児童名 | | | |
| 2025年度の学年 | 年生 | 年生 | 年生 |

看護（介護）をする保護者

| | | | |
|--|---|----------|--|
| 氏名 | | 入所児童との続柄 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 看護（介護）をする施設等の住所 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居の場合の住所 | | |
| 看護（介護）をする施設等までの移動時間（片道） ※未記入の場合は、0分とさせていただきます | 時間 | | 分 |

看護（介護）を受ける人

| | | | |
|------------|---|----------|--|
| 氏名 | | 入所児童との続柄 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 病院または施設名 | | | |
| 疾病または障がい名 | | 等級・要介護等 | |
| 添付書類（コピー可） | <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

| | | |
|----------------------|----|---|
| ひと月(4週間)あたりの看護（介護）時間 | 時間 | 分 |
|----------------------|----|---|