

# 介護または付き添いに関する申立書

(以下『介護』に『付き添い』を含めます。)

施設名	こどもの城 送迎ステーション
児童氏名	( / / )
※カッコ内に 生年月日をご 記入ください	( / / )
	( / / )

社会福祉法人県央福祉会  
理事長あて

		申立日	令和	年	月	日
申立 ( 介 護 ) 者	住所					
	氏名					
	連絡先					

次のとおり、介護していることを申し立てします。

被介護者 ※介護が必要なことが分 かる書類を添付	氏名		被介護者 との続柄		年 齢			
	住所							
	疾病又は障がい名 要介護度		病院又は施設名					
被介護者と 同居する家族 ※同居する家族がある場 合は、同居者が介護でき ないことが分かる書類を 添付	氏名		被介護者 との続柄		年 齢	歳		
	氏名		被介護者 との続柄		年 齢	歳		
	氏名		被介護者 との続柄		年 齢	歳		
	氏名		被介護者 との続柄		年 齢	歳		
介護内容 ※曜日によって状況が変 わらない場合は、月曜日 のみ記入し、他は「同 左」と記入		月	火	水	木	金	土	日
	7時							
	8時							
	9時							
	10時							
	11時							
	12時							
	13時							
	14時							
	15時							
	16時							
	17時							
	18時							
	19時							
20時								
21時								
22時								