

(様式第13号)

仁淀川町ファミリーサポートセンターダブルケア申告書

ケアを受けている方について

氏名			
生年月日	(歳)	申告者との続柄	
住所・電話	TEL		
介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 在宅 (同居・別居)		
	<input type="checkbox"/> 入院・入所(機関) <input type="checkbox"/> その他()		
	※同居以外の場合記入 訪問頻度(週・月 日 程度) <input type="checkbox"/> その他()		
内容	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・外出同行・経済的援助・その他 <介護・看護の状況を具体的にご記入ください>		

申請内容	<input type="checkbox"/> ①介護	<input type="checkbox"/> ②障害	<input type="checkbox"/> ③傷病
①介護認定の有無 ※要認定書コピー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要支援 ()	<input type="checkbox"/> 要介護 ()
②手帳の有無 ※要手帳コピー	<input type="checkbox"/> なし	<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 (A1・A2・B1・B2)		
③傷病申告	傷病名 ()		
	<input type="checkbox"/> 通院 (月・週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	治療期間: <input type="checkbox"/> (年 月 日 ~ 年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 未定 (理由:)		
	医療機関:		

上記の通り、現在育児と介護・看護等を同時に行っていることを申告いたします。また、助成対象に該当しなくなった場合、速やかに申し出ます。

令和 年 月 日

申告者住所

氏名

印

センター記載欄

登録審査年月日	登録結果	登録解除年月日・事由
年 月 日	決定・却下	年 月 日・本人申出により