

介護確認書

置戸町長 様

介護者	住所	常呂郡置戸町
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 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	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
	症状	病名 ()
	手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり <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 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 要介護認定 (級) 要支援 () <input type="checkbox"/> なし
介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 入院	介護・看護の期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 月 (日) <input type="checkbox"/> 週 (日) <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 入所・通所	介護・看護の内容 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事援助 <input type="checkbox"/> 着脱衣補助 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 障害者手帳のコピー <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証のコピー <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 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。

平成 年 月 日

地区担当民生委員

住 所 常呂郡置戸町字

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民生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、必ず地区担当民生委員さんの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。