介護・看護・通院通学付き添い等　タイムスケジュールの申告書

	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00
月曜日														
火曜日														
水曜日														
木曜日														
金曜日														
土曜日														

※1週間の平均的なタイムスケジュールを記入してください。介護等のサービスを利用している場合もその旨を記載してください。

上記のとおり相違ないことを申告します。なお、事実と相違していることが判明した場合は支給認定の取消しをされても、何ら異議は申しません。

伊賀市社会福祉事務所長　様　　年　　月　　日　　名前＿＿＿＿＿＿＿＿

児童名		介護等を受ける方	名前	
利用（第1希望）施設名			住所	
介護等をする方 （児童の保護者）		介護等を受ける方と 児童との続柄		

添付書類・・・介護・看護をしてもらう方の介護保険被保険者証の写しや介護看護が必要と認められる診断書等