

家 族 介 護 届 出 書

宮城県知事 殿

治療研究機関の長  
(又は患者家族)

家族介護について、下記のとおり届出します。

記

患者氏名	介護者氏名 (続柄)	医 療 機 関 記 入 欄			
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 ( 時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 ( 時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 ( 時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 ( 時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 ( 時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 ( 時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 ( 時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 ( 時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 ( 時間)

- 注) 1 介護者氏名については、主たる介護者を記載してください。  
 2 医療機関記入欄については、該当項目に○を付け、1日平均介護時間の欄は( )内に時間数を記入してください。  
 3 この届出書は実施・継続申請の際に添付してください。