

障害児通所支援勘案事項整理票

受付No.

1. 児童基本情報						
かな		性別	生年月日		年齢	
氏名		男・女	年 月 日生		歳	
2. 保護者（申請者）情報						
かな		続柄		電話番号	()	
氏名					日中連絡可能な連絡先 ()	
3. 家族情報						
家族構成	続柄	氏名	性別	年齢	職業・学校等	支援の可否及び理由
(特記事項)						
4. 障害の種類・程度						
身体障害者手帳		級	障害名			
療育手帳			障害名			
精神保健福祉手帳		級	障害名			
診断名					通院先	
5. 心身の状況（項目は該当するものに○を付ける）						
	自立	一部介助	全介助		自立	一部介助 全介助
寝返り				食 事		
起き上がり				排 泄		
移 乗				着 脱		
移 動				意思伝達		
入 浴				言語理解		
(特記事項) (例：コミュニケーション・こだわり・生活リズム・所属先の適応状況等)						
(特にお困りの点)						

6. 本人・家族の主訴（意向・希望）			
※「6」において家庭においてできること、支援が必要なこと			
家庭においてできること		支援が必要なこと	
7. 障害児通所支援利用の利用目的と支援の目標			
障害児通所支援の利用目的		障害児通所支援における目標	
8. 障害児通所支援において実施するサービス（プログラム）内容			
9. 障害児通所支援が23日／月を超えての利用が必要な理由 (23日／月を超えて利用することで見込める効果等)			
10. 担当者の所見・見解等（※区役所・支所記入欄）			
その他（メモ欄）（※区役所・支所記入欄）			
受付日	年	月	日
受付者	課 係		

※ 児童福祉法における障害児通所支援について、23日／月を超える申請者に対しては、別紙を提示の上、本市においては23日／月が支給量の上限であることを説明する。

※ 支給量上限について説明のうえ、23日／月を超える申請内容で、障害児相談支援を利用しない場合は、本様式と障害児通所支援事業所作成の意見書の提出が必要となることを説明する

※ 保護者（申請者）は、本様式の項番1～9を記載し、区役所障害者支援係・支所障害者支援担当に提出する。区役所・支所は、提出された本様式の内容等を確認し、必要事項等を聞き取りし、項番10等を記載する。