

記入者をチェック又はご記入ください。《 通所給付における勘案事項 》

記入例

対象	本人・家族(母))・他() 新規・更新・変更・追加・他
調査	月 日 氏名: 記入不要 場所: 窓口・郵送

記入日をご記入ください。

家族情報	児童氏名	高槻 太郎		男	女	(7)	才 児童:	小2	年生)	
	・身障() 級 () 種)※	障がい詳細(診断名など)								
	・療手(A) B1 B2)	自閉症スペクトラム・注意欠陥多動性障がい・てんかん など								
	・精神(1 2 3 級)	※人工内耳(難聴児の聞こえをサポートする装置)の装用 <input type="checkbox"/> あり								
	通院状況									
	医療機関名	内容・科目	通院頻度	服薬の有無	薬の種類・通院手段・方法など					
	〇〇病院	小児科	1 / 週・3月	〇	リスパダール・てんかん薬など					
			/ 週・月		診察やお薬の処方が定期的にあり、 継続して通院されている場合はご記入ください。					
			/ 週・月							
			/ 週・月							
家族状況										
続柄	年齢	就労の有無	介護状況	職業・所属先など				備考		
父	40	〇		会社員				〇〇県〇〇市へ単身赴任中		
母	40	〇		パート						
兄	12			〇〇小学校 6年生						
本人	7			〇〇小学校 2年生 (支援学級)						
妹	4			△△保育所						
日中活動の場 ※所属機関名を記入。また、就学児の場合で、支援学級・通級指導教室に在籍している場合はその旨を記入してください。										
〇〇小学校 2年生 (支援学級)										
介保認定区分 介保利用サービス内容										
事由申請	コミュニケーションに課題があるため療育を希望									
利用サービスの内容	サービス名	事業所名	契約支給量							
	放課後等デイサービス	〇〇デイサービス	5日/月	新規・追加・変更・更新						
	サービス名	事業所名	契約支給量							
	放課後等デイサービス	△△デイサービス	5日/月	新規・追加・変更・更新						
	サービス名	事業所名								
サービス名	事業所名									
サービス名	事業所名									
サービス名	事業所名									
その他備考	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 該当する場合のみ☑を入れてください。									