

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 現在の年齢をご記入ください。

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	( 4 )	才 児童:	R3.4~ 年中 一年生	
	・身障( 級 種)	障がい詳細(診断名など)							
	・療手( A B1 B2 )	記入不要							
	・精神( 1 2 3 級)								
	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であり、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	10			〇〇小4年	令和3年4月から幼稚園や保育園に入園予定の場合は下記のようにご記入ください。			
	本人	4							
	妹	2							
日中活動の場	在宅、〇〇保育所、〇〇幼稚園(R3.4~)								
介保認定区分	介保利用サービス内容								

事由申請

日常生活動作の獲得やコミュニケーション面について療育を希望

利用サービスの内容	サービス名	事業所名	契約支給量	新規・追加・変更・更新
	児童発達支援	〇〇教室	10日/月	更新
	サービス名	事業所名		新規・追加・変更・更新
	サービス名	事業所名		新規・追加・変更・更新
	サービス名	事業所名		新規・追加・変更・更新

決まっていない場合は「未定」とご記入ください。

その他備考

生活保護受給

該当する場合のみ☑を入れてください。