

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・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)										
	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							
				/ 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	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		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	

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。
-------	---