

通所受給者証の新規申請について

障害児通所支援【児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援】の利用には、「通所受給者証」が必要になりますので、下記の方法で手続きを進めてください。

また、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（マイナンバー法）の一部が平成28年1月より施行され、「通所受給者証」の申請に個人番号（マイナンバー）の記載が必要となります。

1. 申請書等を記入し、下記の書類を発達支援課へ提出してください。

- 障害児通所給付費支給申請書 *必ず、マイナンバーの記入と申請書表裏3か所の署名をお願いします。
- 19歳未満の控除対象扶養親族申立書
 - *兄又は姉が保育園等に通っている場合は、兄または姉の在園証明等が必要になります。詳細は発達支援課にお問合せください。
- 利用計画作成の選択に伴う書類
 - (「相談支援事業所が作成」又は「セルフプラン」を決めて○をしてください)
- 生活記録票 *家庭内だけでなく、集団の中での様子また、相談支援専門員と状況をご確認の上ご記入ください。
- 障害者手帳、療育手帳 又は 診断書、医師や臨床心理士等の意見書、在学証明書(特別支援級在籍者)など
- 特別支援学級を含む高等学校在学中の方は、在籍が証明できるもの(学生証等のコピー)を必ず添付してください。
*詳細は発達支援課にお問い合わせください。
- マイナンバー関係の書類・・・次頁参照
- 本人確認書類**・・・次頁参照

2. 利用計画案の作成方法を決めてください。

「障害児支援利用計画について」をご覧ください、①か②の作成方法を選択してください。

①

相談支援事業所に
作成を依頼する

- (1) 利用計画(案)を作成してもらう事業所を決めて連絡をとり、承諾を得てください。

※相談支援事業所一覧は市川市公式Webサイト内「障害児通所支援について」のページよりダウンロードできます。トップページ下部の「妊娠・子育て」→「発達支援」→「障害児通所支援について」の中に事業所一覧項目があります。

- (2) 事業所の承諾が得られましたら、発達支援課にて「障害児相談支援給付費支給申請書」の申請手続きをしてください。

- (3) **障害児支援利用計画の作成が始まります。**
後日、「障害児支援利用計画案提出依頼書」をお渡しいたしますので、事業所の相談支援専門員が家庭訪問される際に提示してください。

②

ご家族等で利用
計画を作成する

- (1) 「セルフプランを作成される方へ」をご覧ください「支援利用計画(セルフプラン)」と「週間ケア計画」を作成してください。

セルフプラン作成前に、必ず、新規に利用を考えているサービス事業所へ、利用可能状況(日数・時間帯など)を確認してプランに書き込んでください。

- (2) (1)の書類ができましたら、**利用者控えとしてコピーを取ってください。**

セルフプランができましたら、発達支援課まで上記の書類と一緒にご提出ください。

- 支援利用計画(セルフプラン)
- 週間ケア計画

【お問い合わせ先】

発達支援課

TEL 047-370-3561

マイナンバー(個人番号)関係書類・本人確認書類について

【ご提出いただくもの】

- 申請者(保護者(父又は母))の通知カードのコピーと本人確認書類のコピー(注)
または、個人番号カードのコピー(両面)

※ 申請書を直接窓口にお持ちになる場合、上記の書類等に加え、お持ち頂いた方の本人確認書類(注)が必要となります。

(例)申請者欄が「父」で「母」が持参する場合

- ・申請者「父」の通知カードのコピーと「父」の本人確認書類のコピー(注)
- ・母の本人確認書類(注)

※お子様については、申請書に「個人番号」を記入していただければ、書類の提出は必要ありません。

※提出書類の原本を持参する場合は書類のコピーは必要ありません。

(注)本人確認書類の種類について

☆写真付身分証明書: 運転免許書、パスポート、写真付き住記カード、など → 1点

☆写真無身分証明書: 健康保険証、年金手帳、年金証書、介護保険証、

児童扶養手当証書 など

→いずれか2点

【申請書の記載例】

市川市長

次のとおり申請します。

保護者(父又は母)の個人
番号(12桁)を記載

お子様の個人番号
(12桁)を記載

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号:		
	居住地	〒	—	電話番号
	フリガナ		生年月日	年 月 日
申請に係る 児童氏名	個人番号:		続柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)	

セルフプランを作成される方へ

セルフプランを作成されるにあたり、以下のことにご注意ください。

1. サービスの利用について
サービス提供事業所とのやりとりは保護者の方が直接行ってください。
2. 計画作成後のモニタリングについて
相談支援事業所の作成した計画以外はモニタリング（作成した計画を見直して必要な修正をすること）は行いません。
3. 計画変更について
計画の内容を変更（支給量の変更が必要な場合）する場合は新たに書類を提出していただく必要があります。

発達支援課 Tel 047-370-3561

障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

年 月 日

市川市長

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号：		
	居住地	〒 ー	電話番号	
申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
		個人番号：	続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)	

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合に記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を市川市から指定障害児相談支援事業者、指定障害児通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 _____

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 ー 電話番号		

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付けること。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯に属する者 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯(所得割 万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付けること。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。) 1. 小学校就学前児童のうち第2子に該当する者 2. 小学校就学前児童のうち第3子以降に該当する者 ※ 兄又は姉が通園する幼稚園その他の施設の長が発行する在園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入すること。)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 ー 電話番号		

【重要】

障害児通所給付費の支給を受けようとするときは、通所給付の受給資格の有無を審査するために必要な要件があります。給付資格の有無を確認し、又は審査するため、下記の項目について市長が確認することに同意するときは、□に「レ」を記入してください。

なお、同意しないときは、受給資格を満たすことを証する書類の提出が必要となります。

- 住民基本台帳法に基づく記録を確認することを同意します。
- 市町村民税の課税状況を確認することを同意します。
- 通所給付決定を行うに当たって、市長が必要と認めるときは、児童相談所等に通所給付決定に係る情報を確認することを同意します。

同意者氏名 _____

19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書

- 私(申請者)の所得税法上の扶養親族のうち、前年の12月31日(請求日が1月から6月までの間にある場合、前々年の12月31日)において年齢が19歳未満であった者について、以下のとおり申し立てます。

19歳未満の控除対象扶養親族				
	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	別居の場合の住所
1			年 月 日	
2			年 月 日	
3			年 月 日	
4			年 月 日	
5			年 月 日	
6			年 月 日	
7			年 月 日	

(注意事項)

- この申立書は、障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請をする方について、申請者(児童の場合は保護者)の方が前年(申請日が1月から6月までの場合は前々年)の12月31日(年の途中で死亡した場合には死亡の日)において年齢が19歳未満の所得税法上の扶養親族がある場合にご記入いただくものです。
- 記入欄が足りない場合は、子の氏名等を複数枚の申立書に分けてご記入ください。

この申立書により申し出る19歳未満の控除対象扶養親族の人数は、所得税及び住民税における内容と相違ありません。

住所 _____

氏名 _____

【利用計画作成の選択に伴う書類】

※申請書類提出の際に、この用紙も提出いただきますようお願いいたします。

利用計画作成方法は、つぎのとおり選択します。

(どちらかに○印をしてください)

() 相談支援事業所に作成を依頼します。

() 家族等で作成します。※セルフプラン

申請者氏名 _____

◎申請書類チェックリスト

障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書

障害児支援利用計画(セルフプラン)

市川市

ふりがな			生年月日	年 月 日	住所・電話番号	(ー ー ー)
児童氏名	男・女					
保護者氏名			在宅・		計画作成日	
障害程度区分	なし・あり ()		小・中・高 支援学校	年	保育園 幼稚園	
受給者証番号			※利用中の児童発達支援・放課後等デイサービスの事業所名		支援学級	
学校や家庭で困っていることは何ですか						
どんな風に生活できたらいいと思いますか(希望する生活)						

希望する生活のためにいつまでに何をしますか	
希望する生活を送るために何をしますか(提供される福祉サービスの利用により解決される内容)	いつまでに (目標時期に <input checked="" type="checkbox"/>)
	<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他()

利用する福祉サービス等	
種類 (サービス名に <input checked="" type="checkbox"/>)	内容・量 (頻度・時間)
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(重心) <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 (口肢体不自由 <input type="checkbox"/> 重心) <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス(重心) <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> その他()	サービス提供事業者名 (担当者名・電話番号)

その他留意事項 (配慮してほしいこと)	
------------------------	--

※書類提出後の返却・コピーはできませんので、必要に応じてコピーを取り保管してください。

※記入例【児童発達支援】

障害児支援利用計画(セルフプラン)

市川市

ふりがな	いちかわ たろう		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	住所・電話番号	市川市八幡1-1-1 (047-300-0000)
児童氏名	市川 太郎	男	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	計画作成日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
保護者氏名	市川 一郎		在宅・	計画作成者	市川花子 母
障害程度区分	なし	あり ()	小・中・高 支援学校		
受給者証番号			※利用中の児童発達 支援・放課後等デイ サービスの事業所名		
学校や家庭で困っていることは何ですか	・トイレがまだ1人でできない。 ・言葉はでてきたが、会話にならない。 ・嫌なことがあるとかんしゃくを起こす。				
どんな風に生活できたらいいと思いますか(希望する生活)	・身の回りのことが1人でできるようになるといい。コミュニケーションができるようになるといい。				

希望する生活のためにいつまでに何をしますか		いつまでに (目標時期に <input checked="" type="checkbox"/>)
希望する生活を送るために何をしますか(提供される福祉サービスの利用により解決される内容)		<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他()
児童発達支援事業を使って本人が出来ることを増やしてあげれば、家での生活もしやすくなると思う。		

利用する福祉サービス等	
種類 (サービス名に <input checked="" type="checkbox"/>)	内容・量 (頻度・時間)
<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(重心) <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 (口肢体不自由 <input type="checkbox"/> 重心) <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス(重心) <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> その他()	週5日(月～金) 10:00から14:30まで 児童発達支援事業所0000 (047-300-0000) 担当: 田中さん
サービス提供者名 (担当者名・電話番号)	

その他留意事項 (配慮してほしいこと)

週間ケア計画

(受付No. 氏名) 令和 年 月 日作成

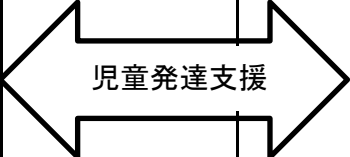
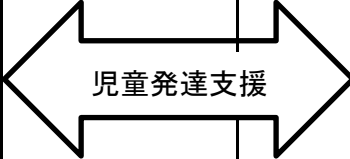
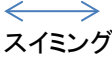
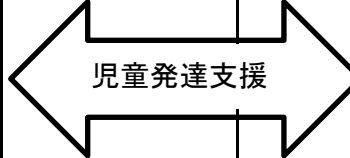

	早朝	午前	午後	夜間	摘要
月					
火					
水					
木					
金					
土					
日					
摘要					

作成者: ()

週間ケア計画(記入例) ※児童発達支援

(受付No. 氏名 市川 太郎)

令和〇〇年〇〇月〇〇日作成

	早朝	午前	午後	夜間	摘要
月		 児童発達支援			〇〇事業所 (10:00~14:00)
火		 児童発達支援			〇〇事業所 (10:00~14:00)
水			 スイミング		△△スイミング (15:00~16:00)
木		 児童発達支援			〇〇事業所 (10:00~14:00)
金			 児童発達支援		□□□事業所 (14:00~15:00)
土					
日					
摘要					

作成者: 市川花子(母)

生活記録票

記入日	年 月 日
-----	-------

フリガナ		生年月日等	年 月 日 (年齢 歳)
氏名		記載者	(続柄)
障がいの種類及び程度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他()	(記載内容)	<input type="checkbox"/> 重症心身障がい児 <input type="checkbox"/> 遷延性心身障がい児
世帯状況	<input type="checkbox"/> 母子・父子家庭世帯 <input type="checkbox"/> 離別 (年 月から) <input type="checkbox"/> 単身赴任・別居(理由:) (氏名) 個人番号: (住所) <input type="checkbox"/> 婚姻歴なし		

障がい児の調査項目(5領域11項目)

領域	項目	判断基準				
①	食 事 (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※ 通常の発達において介助が必要な場合でも、一部介助または全介助のいずれかを選択してください。	
②	排 せ つ (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
③	入 浴 (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
④	移 動 (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
⑤	行動障がい および 精神症状	(1)強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	※かんしゃく含む
		(2)睡眠障がいや食事・排せつに係る不適応行動。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(3)自分を叩いたり傷つけたり他人を叩いたり蹴ったり、器物を壊したりする行為。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(4)気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下する。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(5)再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常動作に時間がかかる。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(6)他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さ等のため外出や集団参加ができない。また、自室に閉じこもって何もしないでいる。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(7)読み書きが困難な状態。(学習障がいを含む)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	

特記事項	
------	--

区分における指標			合計点数: 点
項目	0点	1点	2点
コミュニケーション 家族や支援者等と意思の疎通ができる	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない	<input type="checkbox"/> 特定の者であればコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> 会話以外の方法でコミュニケーションできる	<input type="checkbox"/> 独自の方法でコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> コミュニケーションできない
説明の理解 本人が使用するコミュニケーション方法での説明の理解の度合い	<input type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> 理解できない	<input type="checkbox"/> 理解できているか判断できない
大声・奇声を出す 周囲が驚いたり他者が迷惑となるような大声や奇声を出す	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
異食行動 食べられないものを口にいたり飲んだり飲もうとする	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
多動・行動停止 興味関心が強く多動になったり、その対象にこだわって動かなくなる	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不安定な行動 状況等が変わることが受け入れられず、パニック状態になる等、行動が不安定になる	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
自らを傷つける行為 自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
他人を傷つける行為 他人を叩いたり蹴ったりする行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不適切な行為 興味が優先したり判断能力が不十分等により、他人に抱きついたり物を持ってきたり等する	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
突発的な行動 突然走っていなくなるような突発的行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
過食・反すう等 過食、過飲、拒食や一度飲み下した食物を口の中に戻す等、食に関する問題がある	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
てんかん てんかん発作	<input type="checkbox"/> 年1回以上 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上
そううつ状態 気分の憂鬱、又は高揚により危険防止の支援が必要な場合	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
反復的行動 特定の行為を反復したり儀式的な行為にとらわれる等により日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
対人面の不安緊張、集団生活への不適応 人に会うことで緊張状態、又は不安になり外出等ができない	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
読み書き 文章を読む、書くことについて支援が必要かどうか	<input type="checkbox"/> 支援が不要	<input type="checkbox"/> 部分的な支援が必要	<input type="checkbox"/> 全面的な支援が必要

記入日

フリガナ	チバ タロウ	生年月日等	令和 ○年 ○月 ○日 (年齢 ○歳)
氏名	千葉 太郎	記入者	千葉 花子 (続柄 母)
障がいの種類及び程度	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他()	(記載内容) <input type="checkbox"/> 重症心身障がい児 <input type="checkbox"/> 遷延性心身障がい児 身体障害者手帳 1種1級 疾病による両下肢機能障がい(1級) 移動機能障がい(1級) 手動車椅子使用 療育手帳 Bの1	
世帯状況	<input checked="" type="checkbox"/> 母子・父子家庭世帯 <input type="checkbox"/> 離別 (○年 ○月から) <input type="checkbox"/> 単身赴任・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居理由: 離婚協議中 ○年 ○月から (氏名) 千葉 次郎 個人番号: (住所) 東京都渋谷区渋谷1丁目 <input type="checkbox"/> 婚姻歴なし		

障がい児の調査項目(5領域11項目)

領域	項目	判断基準				
①	食 事 (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※ 通常の発達において介助が必要な場合でも、一部介助または全介助のいずれかを選択してください。	
②	排 せ つ (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
③	入 浴 (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
④	移 動 (見守り、声かけ含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
⑤	行動障がい および 精神症状	(1)強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動。	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	※かんしゃく含む
		(2)睡眠障がいや食事・排せつに係る不適応行動。	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(3)自分を叩いたり傷つけたり他人を叩いたり蹴ったり、器物を壊したりする行為。	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(4)気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下する。	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(5)再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常動作に時間がかかる。	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(6)他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さ等のため外出や集団参加ができない。また、自室に閉じこもって何もしていない。	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(7)読み書きが困難な状態。(学習障がいを含む)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	

特記事項	排せつ・・・大便の後始末が不完全 入浴・・・浴槽への出入りに全介助 利用事業者 千葉ヘルパーステーション 児童デイ若葉
------	---

区分における指標

合 記載例

項目	0点	1点	
コミュニケーション 家族や支援者等と意思の疎通ができる	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない	<input checked="" type="checkbox"/> 特定の者であればコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> 会話以外の方法でコミュニケーションできる	<input type="checkbox"/> 独自の方法でコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> コミュニケーションできない
説明の理解 本人が使用するコミュニケーション方法での説明の理解の度合い	<input checked="" type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> 理解できない	<input type="checkbox"/> 理解できているか判断できない
大声・奇声を出す 周囲が驚いたり他者が迷惑となるような大声や奇声を出す	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
異食行動 食べられないものを口にいたり飲み込もうとする	<input checked="" type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
多動・行動停止 興味関心が強く多動になったり、その対象にこだわって動かなくなる	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不安定な行動 状況等が変わることが受け入れられず、パニック状態になる等、行動が不安定になる	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
自らを傷つける行為 自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行動	<input checked="" type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
他人を傷つける行為 他人を叩いたり蹴ったりする行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input checked="" type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不適切な行為 興味が優先したり判断能力が不十分等により、他人に抱きついたり物を持ってきたり等する	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
突発的な行動 突然走っていなくなるような突発的行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input checked="" type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
過食・反すう等 過食、過飲、拒食や一度飲み下した食物を口の中に戻す等、食に関する問題がある	<input checked="" type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
てんかん てんかん発作	<input type="checkbox"/> 年1回以上 <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上
そううつ状態 気分の憂鬱、又は高揚により危険防止の支援が必要な場合	<input checked="" type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
反復的行動 特定の行為を反復したり儀式的な行為にとらわれる等により日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
対人面の不安緊張、集団生活への不適応 人に会うことで緊張状態、又は不安になり外出等ができない	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
読み書き 文章を読む、書くことについて支援が必要かどうか	<input type="checkbox"/> 支援が不要	<input type="checkbox"/> 部分的な支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 全面的な支援が必要