

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、肢体不自由児通所医療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"/> 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は必要があるときは、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(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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		月 年 日	
2		月 年 日	
3		月 年 日	
4		月 年 日	
5		月 年 日	
6		月 年 日	
7		月 年 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)

- ① () 相談支援事業所に作成を依頼します。
- ② () 家族等で作成します。※セルフプラン

※居宅訪問型児童発達支援を利用希望の場合は、必ず相談支援事業所に作成を依頼してください。

【②セルフプランを選んだ理由】

(いずれかに○印をしてください)

- () 相談支援事業所の空き待ちや事業所自体が見つからない
- () 相談支援事業所の必要性を感じていない
- () セルフプランを希望する

申請者氏名 _____

※19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書も皆様必ず提出してください。

(お子様がお1人の場合、申請する児の氏名、生年月日をご記入ください)

お忘れのないよう、ご確認ください。

障害児相談支援給付費支給申請書

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		
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号：	続柄	

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。）		
フリガナ		申請者 との関係	
氏名			
住所	〒 ー		
	電話番号		

様式第1号の18（第1条の12関係）

障害児相談支援依頼（変更）届出書

年 月 日

市川市長

次のとおり届け出ます。

区分	新規・変更
----	-------

届出者	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		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	変更に係る 児童氏名	個人番号：	続柄	

障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業所の名称及び所在地	
フリガナ	
事業所の名称	
所在地	〒 ー 電話番号

指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載すること。）

変更年月日 年 月 日

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 (種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (の) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> その他()	(傷病名) <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 言語機能 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 重症心身障害児 <input type="checkbox"/> 医療的ケア児(スコア表が必要) <input type="checkbox"/> 強度行動障害児(スコア表が必要)	
世帯状況	※以下、該当者のみ記載 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 離別 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 単身赴任中 <input type="checkbox"/> 別居(理由:) <input type="checkbox"/> 婚姻歴なし		
	} 生計を一とするパートナーや同居人がいる場合 (氏名) 個人番号: (住所)		

障がい児の調査項目(5領域20項目)

領域	項目	判断基準				
①健康・生活	(1) 食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば食べられる	<input type="checkbox"/> 一部支援が必要	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要	
	(2) 排せつ	<input type="checkbox"/> 一人でトイレに移動して排せつできる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあればトイレに移動して排せつできる	<input type="checkbox"/> 一部支援が必要	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要	
	(3) 入浴	<input type="checkbox"/> 一人で入浴できる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば入浴できる	<input type="checkbox"/> 一部支援が必要	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要	
	(4) 衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 一人で衣類の着脱ができる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば衣類の着脱ができる	<input type="checkbox"/> 一部支援が必要	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要	
②感覚・運動	(5) 聞こえ	<input type="checkbox"/> 特に問題なく聞こえる	<input type="checkbox"/> 補聴器などの補助器具があれば聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい音がある/過敏等で補助装具が必要	<input type="checkbox"/> 音や声を聞き取ることが難しい	
	(6) 口腔機能	<input type="checkbox"/> 噛んで飲み込める	<input type="checkbox"/> 柔らかい食べ物を押しつぶして食べられる	<input type="checkbox"/> 介助があれば口を開き、口を閉じて飲み込める	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶などを使用している/口から食べるのが難しい	
	(7) 姿勢の保持(座る)	<input type="checkbox"/> 一人で座り、手を使って遊べる	<input type="checkbox"/> 手で支えて座れる	<input type="checkbox"/> 身体の一部を支えると座れる	<input type="checkbox"/> 座るために全身を支える必要がある	
	(8) 目と足の協応	<input type="checkbox"/> ケンケンが3回以上できる	<input type="checkbox"/> 交互に足を出して階段を昇り・降りできる	<input type="checkbox"/> 両足同時にジャンプし、転倒せずに着地できる	<input type="checkbox"/> 階段は同じ足を先に出して昇る	<input type="checkbox"/> どの動きも難しい
	(9) 移動	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける	<input type="checkbox"/> 一人で歩けるが近くでの見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一人で歩けるが、手をつなぐなどのサポートや杖・保護帽などの補助具が必要	<input type="checkbox"/> 一人で歩くことが難しい	

③認知・行動	(10) 危険回避行動	<input type="checkbox"/> 自発的に危険を回避できる	<input type="checkbox"/> 声かけ等があれば危機を回避できる	<input type="checkbox"/> 危険を回避するためには、支援者の介入が必要である	
	(11) 注意力	<input type="checkbox"/> 集中して取り組める	<input type="checkbox"/> 部分的に集中して取り組める	<input type="checkbox"/> 集中して取り組むことが難しい	
	(12) 予測理解	<input type="checkbox"/> 見通しを立てて行動できる	<input type="checkbox"/> 声かけがあれば見通しを立てて行動できる	<input type="checkbox"/> 視覚的な情報があれば行動できる	<input type="checkbox"/> その他の工夫が必要
	(13) 急な変化対応	<input type="checkbox"/> 急な予定変更でも問題ない	<input type="checkbox"/> 声かけがあれば対応できる	<input type="checkbox"/> 視覚的な手掛かりがあれば対応できる	<input type="checkbox"/> その他の工夫やサポートが必要
	(14) その他	<input type="checkbox"/> 乱暴な言動はほとんどみられない	<input type="checkbox"/> 乱暴な言動がみられるが、対処方法がある	<input type="checkbox"/> 乱暴な言動がみられ、対処方法も特にない	
④言語・コミュニケーション	(15) 2項関係(人対人)	<input type="checkbox"/> 目が合い、微笑むことや、嬉しそうな表情をみせる	<input type="checkbox"/> 訴えている(要求する)時は目が合う	<input type="checkbox"/> あまり目が合わない/合っても持続しない	<input type="checkbox"/> ほとんど目が合わない
	(16) 表出(意思の表出)	<input type="checkbox"/> 言葉を使って伝えられる	<input type="checkbox"/> 身振りで伝えられる	<input type="checkbox"/> 泣いたり怒ったりして伝える	<input type="checkbox"/> 意思表示が難しい
	(17) 読み書き	<input type="checkbox"/> 支援が不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input checked="" type="checkbox"/> 常に支援が必要	
⑤人間関係・社会性	(18) 人との関わり(他者への関心興味)	<input type="checkbox"/> 自分から働きかけたり、相手からの働きかけに反応する	<input type="checkbox"/> ごく限られた人であれば反応する	<input type="checkbox"/> 自分から働きかけることはほとんどないが、相手からの働きかけには反応することもある	<input type="checkbox"/> 過剰に反応する、または全く反応しない
	(19) 遊びや活動(トラブル頻度)	<input type="checkbox"/> ほとんどないか、あっても自分たちで解決できる	<input type="checkbox"/> トラブルがあっても、大人の支援があれば解決できる	<input type="checkbox"/> 支援があっても、解決できる場面とできない場面がある	<input type="checkbox"/> トラブルが頻繁に起き、解決することも難しい
	(20) 集団への参加(集団参加状況)	<input type="checkbox"/> 指示やルールを理解して最初から最後まで参加できる	<input type="checkbox"/> 興味がある内容であれば、部分的に参加できる	<input type="checkbox"/> 支援があれば、その場にはいられる	<input type="checkbox"/> 参加することが難しい

中学生・高校生のみ対象

コミュニケーション	(21) 言葉遣い	<input type="checkbox"/> 適切な言葉遣いや態度で表現できる	<input type="checkbox"/> 時折、適切な言葉遣いや態度で表現できる	<input type="checkbox"/> ほとんど適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい	<input type="checkbox"/> 適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい
	(22) やり取り	<input type="checkbox"/> やり取りができる	<input type="checkbox"/> 配慮があればやり取りができる/やり取りをしようとする	<input type="checkbox"/> やり取りが難しい	
	(23) 集団適応力	<input type="checkbox"/> 参加できる	<input type="checkbox"/> たまに参加できる	<input type="checkbox"/> ほとんど参加することがない	<input type="checkbox"/> 参加することが難しい

普段、お子様に付き添われている保護者の方の状況

心身の状況	
生活状況(就労・育児・介護の状況)	

特記事項	(上記項目やそれ以外のことについて、お子様の状態で気になることがあれば記載)
------	--

就学児サポート調査(放課後等デイサービス用)

※未就学児は記入不要

合計点数: 点

	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み込もうとする	<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