

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 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○をつける。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 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28万円未満)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○をつける。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 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(自己負担減免措置、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"/> 自己負担減免措置 <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)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

【個人番号記載欄】*保護者以外が提出する場合は、記入不要。

申請者(世帯主)	
児童	

<p>【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。</p> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 市町村民税の課税状況を確認することを同意します。 <input type="checkbox"/> 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。
申請者(世帯主)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	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(児童の場合には保護者)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。

障害児支援利用計画(セルフプラン)

市 川 市

ふりがな		性別		生年月日		住所		市川市	
児童氏名		男・女		年 月 日		電話番号		()	
保護者氏名		在宅・		保育園 幼稚園		計画作成日		年 月 日	
障害支援区分		なし		小・中・高		支援学級		氏名	
受給者証番号		あり (区分 1・2・3 4・5・6)		支援学校 小・中・高		計画作成者		続柄	
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"/>)			
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)			サービス提供事業者名 (担当者名・電話番号)			
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <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"/> 同行支援 <input type="checkbox"/> 行動支援									
<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()									
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。

週間ケア計画

(受付No. 氏名) 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: ()

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、対処方法も特にならない	
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 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)
------	--