

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
(葛飾区療育施設利用乳幼児保護者負担軽減助成金申請書)

葛飾区長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

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		
支給申請に係る 児童 氏名							
個人番号				続柄			
身体障害者 手帳番号		療育手帳(愛 の手帳)番号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名	
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「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サ ー ビ ス 利 用 の 状 況	利用中のサービスの種類と内容等	
	障害福祉 関係サービス	
申 請 す る 支 援	支援の種類	
	<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	
	申請に係る具体的な内容	
相 談	□相談支援事業	
	*事業所()	

同 意 書

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、葛飾区から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しく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。

また、障害福祉サービスと障害児サービスの調整のため関係各課に障害支援区分、支給期間及び支給決定内容を提示することに同意します。

※(葛飾区療育施設利用乳幼児保護者負担軽減助成金利用者のみ)サービスを提供した事業所等が私に代わって受領することに同意します。

申請者氏名

主 治 医	主治医 氏名			医療機関名	(診療科名)	
	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。 (あてはまるものに○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. 区民税非課税世帯に属する者 3. 区民税課税世帯(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。 (あてはまるものに○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. 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。 但し、小学校就学前児童 第1子通園先() 第2子通園先()

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

«区使用欄»

番号確認	1 個人番号カード 2 通知カード 3 住民票の写し 4 住民基本台帳の確認 5 その他()	身元確認	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 パスポート 4 身体障害者手帳 5 精神保健福祉手帳 6 愛の手帳 7 在留カード 8 その他()	委任確認	1 委任状 2 戸籍謄本 3 住基確認	担当
------	---	------	--	------	---------------------------	----

就学児児童調査票①

記入日 年 月 日

児童氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
通学先名	(特別支援教室・特別支援学級)				
手帳所持	手帳所持 あり・なし				
	愛の手帳 (度)	身体障害者手帳 (種 級)	精神保健福祉手帳 (級)		
障害名または診断名					
通院状況	医療機関名	診療科	頻度	特記や服薬の状況	

家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業 等

【お子さまの得意なこと】

【お子さまの苦手なこと】

【学校や家庭で配慮が必要なこと】

二枚目も忘れずにご記入ください。

就学児童調査票②(5領域20項目中学・高校生は23項目)

調査日時 年月日

調査対象児童氏名		調査対象児童生年月日	年月日	年齢(調査日時時点)	歳
調査票記入者氏名		調査票記入者所属もしくは統柄			

*項目ごとに該当する内容をひとつ選び印をつけてください。最近1か月の間の様子でお選びください。

項目	ひとりできる	見守りや声掛けがあればできる	大人の手助けがあればできる	全面的に介助が必要、常に支援が必要	いずれにも該当しない場合や特別な支援を行っている場合は具体的な状態を記入して下さい
1 健康・生活	□箸を使って食事ができる	□見守りや声掛けがあればできる	□スプーンやフォークを使えばできる	□すべて食べさせてもらう、医療的ケアがある □手づかみで食べる、食器や食材を投げる □ペースト状にするなど特別な調理が必要	
	□一人でトイレに行って排せつができる	□見守りや声掛けがあればできる	□言葉やジェスチャーで尿意や便意を伝え、介助を求める	□おむつを使用している、医療的ケアがある □排泄物に触る、トイレ以外の場所で排泄するなどの行為がある	
	□一人で入浴することができる	□見守りや声掛けがあればできる	□身体などを洗うことが不十分で介助が必要	□全面的に介助が必要 □シャワーや浴槽を怖がる、身体などを洗うことに強い拒否がある	
	□一人で着替えることができる	□見守りや声掛けがあればできる	□衣服の前後や靴の左右がわかるよう目印をつける、ボタンのはめはずしなど介助が必要	□全面的に介助が必要 □感覚過敏があり衣服の着用や履物を履くことを嫌がる、素材が限定される	
2 感覚・運動	□聴力に問題がない	□補聴器などの補助装具があれば聞こえる	□補助装具を使用しても聞き取りにくい音がある □聴覚過敏でイヤーマフなどの装具が必要である	□補助装具などを使用しても機能的に音や声を聞き取ることが難しい	
	□食べ物を噛んで飲み込むことができる	□柔らかく調理された食べ物であれば歯茎や舌で押しつぶして食べることができる	□食べ物を口に入れてもらえば口を閉じて飲み込むことができる □喉まで丸呑みしてしまう	□口から食べることが難しい、医療的ケアがある	
	□一人で座る、立ち上がることができる	□座るときは自分の手で身体を支えている	□身体の一部を支えてもらいながら座っている	□座位の姿勢をとることはできない	
	□ケンケンが3回以上できる	□交互に足を出して階段を昇り・降りできる	□階段は1段ごとに同じ足を先に出して昇る	□階段昇降、ケンケンのどちらも難しい	
	□一人で歩いて移動することができる (補助具、補装具の使用を含む)	□歩行が不安定で見守りが必要	□歩行に不安があり、手をつなぐなど身体を支える介助が必要 □補装具を使用しているが転倒する	□車いすを使用している	
3 認知・行動	□あぶないことに気づき、避けることができる	□声掛けがあればできる	□身体に触れて制止する	□常に手をつないでいるなど目を離すことができない	
	□集中して人の話を聞くことができる	□気になるものがある場合など状況によって集中できない	□状況によらず集中できないことがある	□周りの様子が常に気になり、立ち歩くなど話に集中することができない	
	□一日の生活の流れを理解して行動できる	□声掛けがあればできる	□見本や写真などの視覚的な情報があれば行動することができる	□身体に触れて一緒に行動するなどの介助が必要	
	□急な予定変更に対応できる	□声掛けがあれば急な予定変更にも対応できる	□見本や写真などの視覚的な情報があれば急な予定変更にも対応できる	□アラームなどの工夫や、身体に触れて一緒に行動するなどの介助が必要	
	□自分や相手に対して突然に乱暴な言動をとることはないと感じる	□乱暴な言動があっても、特定の場所へ移動するなどして、気持ちをさげめることができると感じる	□工夫しても乱暴な言動の収束に結びつかず一定の時間をかけて落ち着くのを待つかない	□乱暴な言動をとることがあるため、常に目を離すことできない	
4 コミュニケーション	□人との1対1の関係性を持つことができる	□要求するときは目が合うが一方的であることが多い	□あまり目が合わない、合っても持続しない □目が合うことはあるが、声掛けや感情を共有することはできない	□ほとんど目が合わない	
	□自分の意思を言葉で相手に伝えることができる	□指差しや身振りなどで伝えることができる □行きたいところに大人の手を引いていくなどの動作で伝える	□意を伝えようとはするが方法が分からず泣いたり奇声をあげるなどして伝える	□意を伝えようとする気持ちがみられない □意を伝える手段がない	
	□文字の読み書きができる	□文字の読み書きに部分的な支援が必要	□パソコンなどの代用手段を使用して文字で表現することができる	□全面的に支援が必要	
5 人間関係性	□周囲の人とやり取りをすることができる	□特定の人であれば関わりを持つことができる	□自分から働きかけす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	□一方的に自分の思いを伝えようとし、相手が嫌がっても過剰に近づいてしまう □相手が関わってきても拒否を示すか、全く反応しない	
	□同年代の子どものトラブルを自分で解決できる	□大人の支援があれば解決できる	□大人の支援があつても解決できる場面とできない場面がある	□相手の意見を聞き入れず、自己主張を続ける □トラブルが頻繁に起こり、解決することも難しい	
	□集団活動に参加できる	□興味がある活動であれば参加する □部分的には参加できる	□大人の支援があれば、その場にいることができる	□集団活動に参加することは難しい	

21~23の項目は中学・高校生のみ対象です。お子様が中学生・高校生の場合にお答えください。

コ ミ ュ ニ ケ ー シ オ ン	21 □相手や場面に合わせた言葉づかいで自分の気持ちを伝えることができる	□場所に合わない声の大きさで話すことがある □口氣分や状況によって難しいことがある	□乱暴な言葉遣いや一方的な発言が多い □自分の気持ちを伝える際には、代弁してもらうなど配慮が必要	□相手や場所に応じた言葉遣いや態度で表現することは難しい
	22 □自分のことを伝えるだけでなく相手の話を聞くとする □聞かれたことには答えることができる	□視覚的な指示や答えやすい質問、選択肢の提示など配慮があればできる □聞かれたことには答えることができる	□視覚的な指示や答えやすい質問、選択肢の提示など配慮があれば、やり取りをしようとする	□一方的な主張を繰り返し、やり取りをすることは難しい □他者に関心がない
	23 □同年代の集団で活動に参加することができる	□大人が配慮することで活動に参加することができる	□大人が配慮しても活動に参加することはほとんどない	□個人単位の支援が優先され、日常生活自体に特別な支援が必要

《 区認欄 》

確認者()

確認者所属()

確認日 年月日

5領域11項目調査と関連する項目

短期入所

放課後等デイサービス

1, 2, 3, 9のうち該当する項目の数()

個別サポート加算1(重)(該当・非該当)

5領域11項目調査と関連する項目

区分(1 2 3)

部分支援1 常時支援2 項目合計()

個別サポート加算1(該当・非該当)

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

		計画作成日	年　月　日	
フリガナ		生年月日	年　月　日　(男・女)	
利用者氏名 (児童氏名)				
フリガナ		生年月日	年　月　日	
保護者氏名				
利用者及び その家族の 生活に対する 意向 (希望する 生活)	(例：療育施設への通所をとおして様々な経験をしてほしい、友達とたくさん遊びたい等)			
サービス提 供事業者に 配慮してほ しいこと				
希望する障害福祉サービス（種類・時間数等）				
(未通 就所 学支 児援)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日／月	(利用事業所名)	
	(重心あり・なし)			
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	日／月		
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日／月		
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日／月		
(通 就所 学支 児援)	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日／月	(利用事業所名)	
	(重心あり・なし)			
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日／月		
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日／月		
	長期休暇時の利用通所日数の変更 (有・無)			
サ障 ヒ福 祉	<input type="checkbox"/> 短期入所	日／月	(利用事業所名)	
	(区分 1・2・3・重心)			
	<input type="checkbox"/> 身体介護	時間／月 (最大 時間)		
	<input type="checkbox"/> 通院等介助 (身体介護あり・なし)	時間／月		
	<input type="checkbox"/> その他			
留意 事項	<input type="checkbox"/> 2人体制			
	<input type="checkbox"/> 2時間ルール適用外			
	<input type="checkbox"/> 最大時間増			
	(理由)			
<input type="checkbox"/> 移動支援 (知的・全身性・全身性に準ずる) (身体介護あり・なし) 基本 時間／月・加算 時間／月				
作成者				
連絡先電話番号	—	—	(母・父・自宅・その他)	

サービス等利用計画案・障害児支援利用状況票【週間プラン】

利用者氏名 (児童氏名)		計画作成日	年 月 日
-----------------	--	-------	-----------

月	火	水	木	金	土	日
6:00						
7:00						
8:00						
9:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						

<p>【特記事項】</p> <p>(例:長期休暇時には、通所日数を週〇回に増やして利用する予定がある、通所先に空きやキャンセルがあった際は、月によって利用日数が増えることがある等)</p>
--

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

葛飾区長 あて
次のとおり申請し

世帯主の氏名・個人番号・生年月日・住所・電話番号をご記入ください。

申 請 者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	個人番号	[点線枠]			
	居住地	〒			電話番号
フリガナ				サービスを利用する児童氏名・個人番号・生年月日 続柄をご記入ください。	
支給申請に係る児童氏名				日	
個人番号	[点線枠]			続柄	[点線枠]
身体障害者手帳番号	療育手帳(愛の手帳)番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名
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「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サ ー ビ ス 利 用 の 状 況	利用中のサービスの種類と内容等	
	障害福祉関係サービス	利用中のサービスをご記入ください。
申 請 す る 支 援	支援の種類	申請に係る具体的な内容
	<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	今回希望する支援に□をしてください。 利用事業所名、希望する日数をご記入ください。 例) ○○事業所 3日／週 または 15日／月
相談	<input type="checkbox"/> 相談支援事業	*事業所 ()
相談支援事業所と契約している場合は□をして、相談支援事業所名をご記入ください。		
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 葛飾区から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示する。 また、障害福祉サービスと障害を提示することに同意します。 ※(葛飾区療育施設利用乳幼児)受領することに同意します。		
内容をご確認のうえ、申請者氏名を忘れずにご記入ください。		
各課に障害支援区分、支給期間及び支給決定内容 サービスを提供した事業所等が私に代わって 申請者氏名		

主 治 医	主治医氏名		(診療科名)
	所在地	〒	
主治医がいる場合はご記入ください。			
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。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は、○をしないで結構です。)	該当する項目に○をしてください。 1・2・3のいずれかに○をしてください。 ご不明な場合は、○をしなくて結構です。 ※区民税の確認が必要となります。 確認できない場合はサービスが利用できません。	
	<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。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は、○をしないで結構です。)		
	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。 但し、小学校就学前児童 第1子通園先() 第2子通園先()		
	<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(□自己負担減免措置 □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)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

《区使用欄》

番号確認	1 個人番号カード 2 通知カード 3 住民票の写し 4 住民基本台帳の確認 5 その他()	身元確認	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 パスポート 4 身体障害者手帳 5 精神保健福祉手帳 6 愛の手帳 7 在留カード 8 その他()	委任確認	1 委任状 2 戸籍謄本 3 住基確認	担当
------	---	------	--	------	---------------------------	----

就学児児童調査票①

書き方見本

児童氏名	葛飾 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	〇〇年 〇月 〇日
通学先名	〇〇〇小学校4年生 (特別支援教室 特別支援学級)				
手帳所持	手帳所持 <input checked="" type="radio"/> あり・なし	※特別支援教室:授業の一部を別教室で指導を受ける 特別支援学級:固定学級			
	愛の手帳 (度)	身体障害者手帳 (種 級)	精神保健福祉手帳 (3級)		
障害名または診断名	※自閉症スペクトラム 学習障害 ADHD 脳性麻痺 など、診断を受けている方はご記入ください				
通院状況	医療機関名	診療科	頻度	特記や服薬の状況	
	△△△医院	内科	月1回	ぜんそく、体調不良時	
	□□□歯科	歯科	3か月に1回	定期健診	
	〇〇〇クリニック	精神科	月1回	服薬あり(薬名:朝、就寝前)	

家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業 等
	葛飾 〇〇	父		会社員、自営業 など
	△△	母		会社員、パート、専業主婦 など
	□□	兄		〇〇学校1年生 など

【お子さまの得意なこと】

- ・運動が得意
- ・絵を描くことが得意
- ・お手伝いをすすんでする
- ・お友達にやさしい

得意なこと、好きなことをご記入ください。
(喜ぶことなど)

【お子さまの苦手なこと】

- ・計算が苦手、漢字を書くことが苦手
- ・手先を使う細かい作業が苦手
- ・大きい音、泣き声が苦手
- ・ルールのある遊びが苦手

苦手なこと、嫌いなことをご記入ください。

【学校や家庭で配慮が必要なこと】

- ・予定の変更は事前に伝える
- ・てんかん発作や体調不良時の注意事項

事前に配慮していること、環境を整えていることをご記入ください。

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

計画作成日

記入例

フリガナ 利用者氏名 (児童氏名)	カツシカ ハナコ 葛飾 花子	生年月日	年 月 日 (男・女)
フリガナ 保護者氏名	カツシカ タロウ 葛飾 太郎	生年月日	年 月 日
利用者及び その家族の 生活に対する 意向 (希望する 生活)	(例：療育施設への通所をとおして様々な経験をしてほしい、友達とたくさん遊びたい等)		
サービス提供事業者に 配慮してほしいこと	(例：転倒しやすいので移動時には配慮してほしい等)		

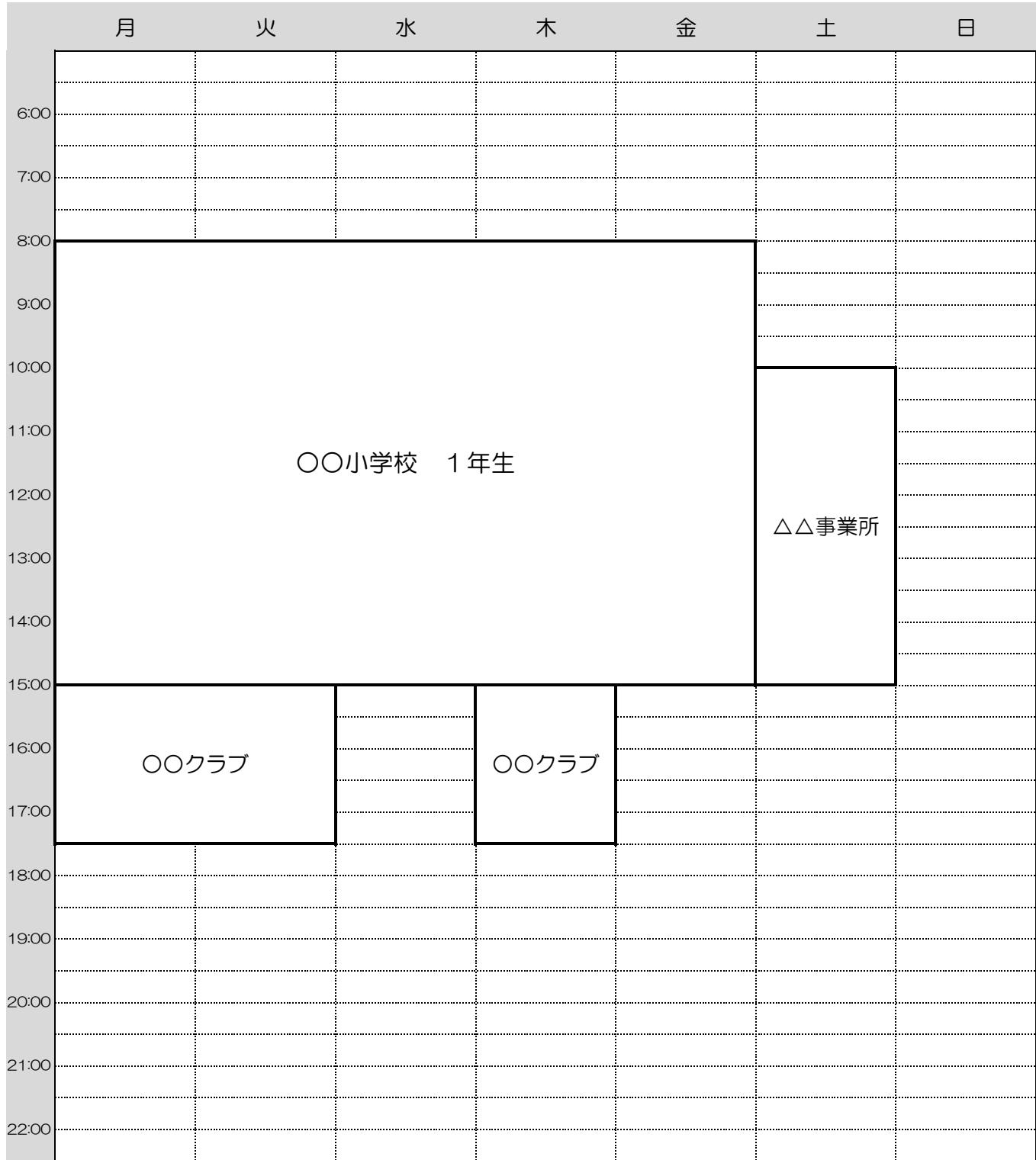
希望する障害福祉サービス（種類・時間数等）

（未通 就所 学支 児援 ）	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日／月	(利用事業所名)		
		(重心あり・なし)			
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	日／月			
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日／月			
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日／月			
（通 就所 学支 児援 ）	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	23 日／月	(利用事業所名)		
		(重心あり・なし)			
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日／月			
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日／月			
サ障 ヒ福 祉	<input type="checkbox"/> 短期入所	日／月	(利用事業所名)		
		(区分 1・2・3・重心)			
	<input type="checkbox"/> 身体介護	時間／月 (最大 時間)			
	<input type="checkbox"/> 通院等介助(身体介護あり・なし)	時間／月			
	<input type="checkbox"/> その他				
留意 事項	<input type="checkbox"/> 2人体制				
	<input type="checkbox"/> 2時間ルール適用外				
	<input type="checkbox"/> 最大時間増				
	(理由)	繋がりやすい連絡先を ご記入ください。			
<input type="checkbox"/> 移動支援(知的・全身性・全身性に準ずる) (身) (重複あり・なし) 基本 時間／月・加算 時間／月					
作成者	葛飾 みどり				
連絡先電話番号	03 - ○○○○ - XXXX (母) • 父 • 自宅 • その他)				

サービス等利用計画案・障害児支援利用状況票【週間プラン】

記入例

利用者氏名 (児童氏名)	葛飾 太郎	計画作成日	年 月 日
-----------------	-------	-------	-------



【特記事項】

(例:長期休暇時には、通所日数を週〇回に増やして利用する予定がある、通所先に空きやキャンセルがあった際は、月によって利用日数が増えることがある等)