

◆障害児通所支援サービスを初めてご申請される方へ◆

〈ご利用の流れ〉

※障害児通所支援サービスの対象となる方についてはお問合せください。



〈必要書類〉

※障害者支援課HPに掲載しております。面接までにご記入の上お持ちください。

※申請手続きは、30分から1時間程かかります。お時間に余裕をもってお越しください。

- ・申請書 ・同意書 ・セルフプラン(障害児相談支援を利用しない方)
- ・勘案事項 ・サポート調査票(小学生以上のみ)
- ・療育の必要性が分かる書類(お問合わせください)

◆窓口◆ 八千代市役所 健康福祉部 障害者支援課 ※市役所の2階にあります。

〒276-8501 八千代市大和田新田 312-5

電話: 047-421-6741

バス

八千代台駅(西口)発 東洋バス(2番のりば)八千代中央駅行もしくは医療センター行に乗って、「市役所前」にて下車

電車

(東葉高速鉄道) 八千代中央駅下車徒歩10分

(京成電鉄) 大和田駅下車徒歩20分



◆来庁時の事前予約のお願い◆

※ 窓口の混雑緩和、待ち時間縮小のため、電話による事前予約にご協力ください。事前予約せずに来庁されると、担当者不在により対応できない場合がございます。あらかじめご了承ください。

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

八千代市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正			
	氏名			昭和 平成	年	月	日
	個人番号						
	居住地	〒 電話番号					
支給申請に係る児童	フリガナ		生年月日	昭和 平成			
	氏名			令和	年	月	日
	個人番号						
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			
難病疾病名							
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	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	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	申請に係る具体的内容
	<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、八千代市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。

申請者氏名

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。 (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. 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。 (あてはまるものに○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
	<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		

同意書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス及び児童福祉法に基づく障害児通所給付の支給事務にあたり、下記の事項について障害者支援課職員が調査・確認することに同意します。

また、高額障害福祉サービス費等の該当となった場合は、障害者支援課職員が算定に関する手続を行うことに同意します。

記

1. 世帯員の市民税の課税及び生活保護等受給状況等に関すること
2. 世帯員の住民基本台帳の閲覧に関すること
3. 個人番号（マイナンバー）の確認及び個人番号を活用した情報連携に関すること
4. 障害福祉サービス費等の算定にあたり必要となる受給者情報を千葉県国民健康保険団体連合会へ提供すること

（あて先）八千代市長

年 月 日

住 所

申請者との続柄

氏 名 (本人)

氏 名 ()

氏 名 ()

氏 名 ()

氏 名 ()

さいま まんよう
セルフプラン (18歳未満用)

利用者氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
所属	保育園・幼稚園・なし
	学校 (年生) (通級・支援級)
作成者	(続柄 :)

作成日	年 月 日
※どちらかにチェックしてください <input type="checkbox"/> セルフプランの作成を希望する。 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援の利用を希望しているが事業所が見つからない。	

生活の中で困っていること	
こうありたいと思う生活及び達成したい時期	<input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 6か月後 <input type="checkbox"/> 3か月後 <input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> その他 () 頃 までに

こうありたいと思う生活に必要なこと			
日中活動系	<input type="checkbox"/> 療育を受けたい <input type="checkbox"/> 保育所や学校等に適應するための助言を受けたい <input type="checkbox"/> その他 ()	その他	<input type="checkbox"/> 必要な時に支援を受けられる場所に泊まりたい <input type="checkbox"/> 必要な時に支援を受けられる場所で日中を過ごしたい <input type="checkbox"/> その他 ()
居宅介護系	<input type="checkbox"/> 身の回りのことを手伝ってほしい <input type="checkbox"/> 病院等に付き添ってほしい <input type="checkbox"/> 安全に移動するために外出に付き添ってほしい <input type="checkbox"/> その他 ()		

現在利用しているサービス及び支給量の継続を希望する。
 ※上記を選択された場合は、下記の欄の記載は不要です。

利用するサービス		事業所 (複数利用している場合は全て記入)	支給量
日中活動系	<input type="checkbox"/> 児童発達支援		日/月
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		日/月
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		日/月
居宅介護系	<input type="checkbox"/> 居宅介護	身体介護	時間/月
		家事援助	時間/月
		通院等介助	時間/月
	<input type="checkbox"/> 同行援護		時間/月
	<input type="checkbox"/> 行動援護		時間/月
	<input type="checkbox"/> 移動支援		時間/月
その他	<input type="checkbox"/> 短期入所		日/月
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援		日/月
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

ききいれい
記載例

りようしゃしめい せいねんがつび
利用者氏名、生年月日、
しよぞく さくせいしゃ ほごしゃ しめい
所属、作成者（保護者）氏名
を記入してください。

りようしゃしめい 利用者氏名	八千代 太郎
せいねんがつび 生年月日	〇〇年 〇月 〇日（〇歳）
しよぞく 所属	ほいくえん ちようぢえん なし 保育園・幼稚園・なし
	〇〇小 学校（〇年生） (通級) 支援級
さくせいしゃ 作成者	八千代 花子 (続柄：母)

さくせいび 作成日	〇〇年 〇月 〇日
※どちらかにチェックしてください	
<input checked="" type="checkbox"/>	セルフプランの作成を希望する。
<input type="checkbox"/>	障害児相談支援の利用を希望しているが事業所が見つからない。

セルフプランを希望
する場合はどちらか
にチェックをしてく
ださい。

せいかつ なか こま
生活の中の困りごとを
きにゆう
記入してください。

せいかつ なか こま 生活の中で困っていること	<ul style="list-style-type: none"> ・落ち着きがなく、じっとしてられない。 ・ルールを守れない。 ・手先が不器用 ・気持ちの切り替えが苦手。 ・発語が少ない。 ・自分で着替えができない 等
こうありたいと思う生活 及び達成したい時期	<ul style="list-style-type: none"> ・集中して活動に参加できるようになる。 ・放課後などに楽しく活動に参加する。 ・ルールを守って、お友達とトラブルなく遊べるようになる。 ・はさみを使えるようになる。 ・言葉を増やして、自分の気持ちを伝えられるようになる。 ・ひとりで着替えができるようになる 等 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 6か月後 <input type="checkbox"/> 3か月後 <input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> その他 () 頃 までに

ほんにん きぼう せいかつ
本人が希望する生活
を記入し、達成した
い時期にチェックを
してください。

こうありたいと思う生活に必要なこと		
にち 日中活動系	<input checked="" type="checkbox"/> 療育を受けたい <input type="checkbox"/> 保育所や学校等に適應するための助言を受けたい <input type="checkbox"/> その他 ()	その他
きたくかいご 居宅介護系	<input type="checkbox"/> 身の回りのことを手伝ってほしい <input type="checkbox"/> 病院等につき添ってほしい <input type="checkbox"/> 安全に移動するために外出につき添ってほしい <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 必要な時に支援を受けられる場所に泊まりたい <input type="checkbox"/> 必要な時に支援を受けられる場所で日中を過ごしたい <input type="checkbox"/> その他 ()

こうありたいと思う
生活に必要なことを
えら
選んでチェックをし
てください。

こうしんしんせい かた
更新申請の方で、
いまで通りのサー
ビスと支給量を
きぼうされる場合は
チェックをしてく
ださい。

チェックをした
場合、下の欄の
記載は不要です。

りよう
利用するサービス
にチェックをし、
りよう じぎょうしよめい
利用する事業所名
と利用する日数・
じかんすう きにゆう
時間数を記入して
ください。

現在利用しているサービス及び支給量の継続を希望する。
※上記を選択された場合は下記の欄の記載は不要です。

利用するサービス	事業所 (複数利用している場合はすべて記入)	支給量	
にち 日中活動系	<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援	〇〇教室、△△教室	15 日/月
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		日/月
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		日/月
きたくかいご 居宅介護系	<input type="checkbox"/> 居宅介護	身体介護	時間/月
		家事援助	時間/月
		通院等介助	時間/月
	<input type="checkbox"/> 同行援護		時間/月
	<input type="checkbox"/> 行動援護		時間/月
<input type="checkbox"/> 移動支援		時間/月	
その他	<input type="checkbox"/> 短期入所		日/月
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援		日/月
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

勘案事項

調査日 年 月 日

記入者氏名 _____

対象児童： 生年月日： 年 月 日（ 歳） 所属：（ ） 幼稚園・保育園・その他				
入園・就学先 (予定含む)	_____ 幼稚園・保育園			
	_____ 小学校・中学校 普通級・支援級（自閉症・情緒、知的、難聴）・通級（ことば、LD・ADHD、難聴）			
	_____ 特別支援学校 その他（ ）			
家族情報	家族状況			
	続柄	年齢	就労有無	職業・所属先等 備考
			有・無	
出生の様子	1. 在胎週数 週（月） 2. 出生体重 g			
	3. 分娩の方法 普通分娩・帝王切開・逆子・鉗子・臍帯巻絡・その他（ ） 4. 生後の状況 仮死・保育器使用（ 日間）・酸素使用・ 黄疸（軽度・中等度・強度 期間 日程度）			
成長の様子	1. 首のすわり（ 歳 カ月） 2. 寝返り（ 歳 カ月） 3. お座り（ 歳 カ月）			
	4. ハイハイ（ 歳 カ月） 5. つかまり立ち（ 歳 カ月） 6. 歩き始め（ 歳 カ月） 7. 喃語（ 歳 カ月） 8. 話し始め（ 歳 カ月） 9. 二語分（ 歳 カ月）			
最初に発達面について指摘を受けた場所		<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・こども園 <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> その他（ ）		
今回サービスの申請に至った経過 (いつ、どこで、誰から案内があった等)				
既往歴	診断名	発症年齢 時期（年月）		治療経過
		歳 年 月		治療済・治療中・未治療
		歳 年 月		治療済・治療中・未治療
通院状況	医療機関名	通院頻度		服薬有無 診断・処方内容等
		/回 週・ 月		有・無
		/回 週・ 月		有・無
利用中サービス	サービス名	利用事業所		利用日数
				日/月
				日/月
利用希望サービス	サービス名	通所（予定）事業所名		利用日数 備考
				日/月
				日/月
備考				

対象児童：八千代 太郎 生年月日：〇〇年〇月〇日（〇歳） 所属：（ ） 幼稚園・保育園・その他

〇〇〇 幼稚園・保育園

入園・就学先
(予定含む) _____ 小学校・中学校 普通級・支援級（自閉症・情緒、知的、難聴）・通級（ことば、LD・ADHD、難聴）
_____ 特別支援学校 その他（ ）

家族状況

家族情報

続柄	年齢	就労有無	職業・所属先等	備考
父	36	有・無	公務員	
母	34	有・無	主婦	
兄	11	有・無	〇〇小学校	放課後等デイサービス利用中
		有・無		
		有・無		

出生の様子
1. 在胎週数 39週（月） 2. 出生体重 3650g
3. 分娩の方法 普通分娩・帝王切開・逆子・鉗子・臍帯巻絡・その他（ ）
4. 生後の状況 仮死・保育器使用（ 日間）・酸素使用・
黄疸（軽度・中等度・強度 期間 5日程度）成長の様子
1. 首のすわり（ 0歳 3カ月） 2. 寝返り（ 0歳 6カ月） 3. お座り（ 0歳 8カ月）
4. ハイハイ（ 0歳 8カ月） 5. つかまり立ち（ 0歳 11カ月） 6. 歩き始め（ 1歳 0カ月）
7. 喃語（ 0歳 6カ月） 8. 話し始め（ 1歳 6カ月） 9. 二語分（ 1歳 11カ月）最初に発達面について指摘を受けた場所 医療機関 保育園・幼稚園・こども園 保健センター その他（ ）今回サービスの申請に至った経過
(いつ、どこで、誰から案内があった等) ことばと発達の相談室の〇〇先生より児童発達支援の利用について案内を受けた。

既往歴	診断名	発症年齢 時期（年月）	治療経過
	てんかん	1歳 RO年 O月	治療済・治療中・未治療
		歳 年 月	治療済・治療中・未治療

通院状況	医療機関名	通院頻度	服薬有無	診断・処方内容等
	〇〇クリニック	1/回 週・2月	有・無	喘息。吸入ステロイド薬処方。
		/回 週・月	有・無	
		/回 週・月	有・無	

利用中サービス	サービス名	利用事業所	利用日数		
				日/月	
				日/月	

利用希望サービス	サービス名	通所（予定）事業所名	利用日数	備考
	児童発達支援	〇〇事業所	15日/月	
保育所等訪問支援	八千代市児童発達支援センター	2日/月		

備考

就学児サポート調査・給付決定時調査票 [5領域11項目兼ねる調査票]

調査日 年 月 日

●放課後等デイサービスを申請する方は下表の回答をお願いいたします(該当する項目にチェックしていただくのみ)。

●児童の状態は、適切な支援や環境が整っていない状況(例:保護者や慣れている支援者がいない状況、初めての場所等)を想定し、日常生活において行動上、どの程度の支援(配慮の度合や頻度等)を必要としているかで判断してください。また、「できる時」と「できない時」がある場合は「できない場合」に基づき判断してください。

児童氏名 (歳)

記入者氏名

調査項目	保護者記載欄 ※該当する□にチェック(いくつでも可)	※市記入欄			
		備考	介助の必要性(サポート加算)		
			なし	一部	全介助
① 食事	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 食べ物に特別な配慮をする必要がある。(例:軟食、きざみ、ミキサー食、過度な食物アレルギー等配慮がある場合) <input type="checkbox"/> 一度に口に詰め込まないよう、飲み込みや噛む行為を指導している。 <input type="checkbox"/> 何でも手づかみで食べる。 <input type="checkbox"/> 特別なコップや食器、道具を使用し、食べることをサポートしている。 <input type="checkbox"/> 著しい偏食(例:水が飲めない、食べられるものが極端に少ない等) <input type="checkbox"/> 感覚過敏(例:温度や食感、食器のこだわり等)により配慮が必要。 <input type="checkbox"/> 全介助(行為の目的や内容を理解していない。経管栄養(胃ろう、腸ろう等)や中心静脈栄養を行っている。				
② 入浴	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 体や髪を洗う、拭く行為が不十分なため部分的にやり直している。 <input type="checkbox"/> 一連の行為を自分でできるが、安全面等を考慮し一人で入浴させることはできない。 <input type="checkbox"/> 洗髪や洗顔。洗身に拒否があるため支援が必要。 <input type="checkbox"/> タオル等にこだわりがあり、配慮が必要。 <input type="checkbox"/> 常時抱えての入浴が必要。 <input type="checkbox"/> シャワーを怖がる、浴槽を嫌がる等、入浴への恐怖感がある場合。 <input type="checkbox"/> 洗髪や洗顔、洗身に強い拒否を示し泣くため、対応が必要。 <input type="checkbox"/> シャワーベットの器具を使用して入浴している。				
③ 排泄	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 立ち便器、和式便器等、トイレの形状によって排泄が困難な場合。 <input type="checkbox"/> 促しがなければ自発的にトイレに行くことが難しい。 <input type="checkbox"/> 決まった場所ですら排泄しながらない場合。(例:決まった便器でしかできない、自宅のトイレ以外ではできない等) <input type="checkbox"/> 頻尿で何回もトイレに行きたがる。 <input type="checkbox"/> 尿意等を自分から伝えられない。 <input type="checkbox"/> 排泄ごとに拭き取りの支援が必要。 <input type="checkbox"/> 便をいじったり、排泄する場所ではない所で行う。 <input type="checkbox"/> 排泄の失敗が多く対応が必要。 <input type="checkbox"/> ストマ、尿カテーテル等を使用。 <input type="checkbox"/> 洗腸や摘便が必要。				
④ 移動	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 階段や砂利道等の条件によって介助が必要になる。 <input type="checkbox"/> 歩行速度が他児と異なる(速い/遅い)ため個別対応が必要。 <input type="checkbox"/> 道順や手段にこだわりがある。 <input type="checkbox"/> 公共交通機関ではパニックになりやすく、利用できない。 <input type="checkbox"/> 移動が安定せず途中で立ち止まったり、座り込んだり、寝ころんだりするため対応が必要。 <input type="checkbox"/> 常時バギーや車いす、お散歩カート等の移動用具が必要。 <input type="checkbox"/> 道路への飛び出しがあり、信号が理解できない、障害物の回避ができない等の理由で見守りが必要。 <input type="checkbox"/> 装具等を装着しているため、移動する際に配慮が必要。				
			支援不要	支援が必要な場合がある	常に支援が必要
大声・奇声を出す(⑤)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 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場合。 <input type="checkbox"/> 物などを使って周囲に不快な音を立てる場合 ----- ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
多動・行動停止(⑤)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 周囲と協調できず、絶えず動き回ってしまう。または、マイペースに周囲と無関係に動いてしまう。 <input type="checkbox"/> 常時走り回り、1箇所に留まることが難しい。 <input type="checkbox"/> 絶えず喋っている。 <input type="checkbox"/> 体の一部を常時動かしている。 <input type="checkbox"/> 5~10分程度であれば指示に応じることができるが、その後すぐに同じ行動を繰り返してしまう。 <input type="checkbox"/> ゆっくりした行動が難しい。(例:歩くことができず、すぐに走ってしまう等) <input type="checkbox"/> バランス感覚がアンバランスのために転びやすい、怪我をしやすい、高いところから落ちやすい。 <input type="checkbox"/> 本人の意思とは関係なく、次の行動に移ることが難しい。 ----- ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
不安定な行動(⑤)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 特定の物・人へ固執することで安定を図り、それが無くなったり、変更してしまうと不安定になってしまう。 <input type="checkbox"/> パニック、突然泣きだすことがある。 <input type="checkbox"/> 突然の予定変更があると次の行動ができなくなる。また、不安になり落ち着きがなくなってしまう、行動が停止する。 ----- ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
突発的な行動(⑤)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 手にしたものを突発的に投げてしまう。 <input type="checkbox"/> 気になることがある場合に、手を繋いでいても振り切り、気になる方に行ってしまう。 <input type="checkbox"/> 気になるもの等があると、勝手に離れてしまい、迷子や行方不明になることがある。(常に見守りや防止するための環境設定が必要) <input type="checkbox"/> 危険の認識が弱く、突発的に道路に飛び出したり、自分の身体能力を超えた高さから飛び降りる、熱いものなど危険なものに手を出してしまう。 ----- ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
てんかん(⑤)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> てんかんの経過観察あり(服薬対応までしていないが、てんかんの経過観察を行っている。) <input type="checkbox"/> てんかんの診断がある(薬で発作を予防している場合も含む) <input type="checkbox"/> 発熱時に抗けいれん薬等に対応している。 <input type="checkbox"/> 薬の服用状況の確認を常に行っている。				
異食行動(⑥)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 食べられないもの(例:石や砂、玩具類、地面に落ちて明らかに汚れている食べ物、酒類、洗剤類等)を口に入れる。 <input type="checkbox"/> 物を口に入れて感触遊びをしたり、確認したりする行為がある。 <input type="checkbox"/> 服の袖を噛んだり、紐を口に入れることがある。 ----- ある場合 <input type="checkbox"/> 飲み込みはしないが口に含むことがある <input type="checkbox"/> 物があると口に含む、飲み込んでしまう				
過食・反すう等(⑥)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 過食、拒食(例:異常な量を食べる、環境の変化によって食べられなくなる等)がある。 <input type="checkbox"/> 口に入れたものを飲み込まず、口に溜めたままにする。 <input type="checkbox"/> 際限なく水を飲み続ける。 <input type="checkbox"/> 極度な偏食(例:白米だけしか食べない等、特定のものだけしか食べない)あり、食事面で配慮している。 <input type="checkbox"/> 嘔吐を繰り返す。 <input type="checkbox"/> アレルギー食対応、宗教食対応が必要。 <input type="checkbox"/> 咀嚼(噛む行為)・嚥下(飲み込む行為)の課題があり配慮が必要。(例:きざみ、ミキサー食等) ----- ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				

就学児サポート調査・給付決定時調査票 [5領域11項目兼ねる調査票]

自らを傷つける行為 (⑦)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 自分の頭を叩いたり、床や壁に打ちつける。 <input type="checkbox"/> 自分をつねる。 <input type="checkbox"/> 傷口を触ったり、ほじったりして直らない。 <input type="checkbox"/> 自分で口に指を入れて嘔吐する。 <input type="checkbox"/> 衣服を破ることがある。				
他人を傷つける行為 (⑦)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 他人を叩く、髪を引っ張る、蹴る、押す等の行為がある。 <input type="checkbox"/> 物を壊したり、投げたりする行為がある。 <input type="checkbox"/> 暴言(バカ、死ね等)、相手を侮辱したり、からかったり、いじめたりする行為がある。 <input type="checkbox"/> 他人へ過剰な注意や干渉によるトラブルがある。				
不適切な行為 (⑦)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 見知らぬ人に対し、過度に親しげな振る舞いをする。(例:抱きつく、膝の上に座る等) <input type="checkbox"/> 他人に急に接近したり、のぞき込んだり、体に触ったりする。 <input type="checkbox"/> うそをつく <input type="checkbox"/> 断りもなく人の物を持ってきてしまう、盗む。 <input type="checkbox"/> 感情のコントロールに困難があり、些細な出来事ですぐにかんしゃくをおこしたり、周囲の人とトラブルになりやすい。 <input type="checkbox"/> 意図的に保護者や職員等に従わず反抗する。また、過度な要求をする。 <input type="checkbox"/> SNS等で不適切な内容を発信したり、見知らぬ誰かと通信したりする。 <input type="checkbox"/> 自慰行為がある。 <input type="checkbox"/> 過度に人や物の臭いを嗅ぐ行為がある。 <input type="checkbox"/> 不適切な場所で排便、放尿がある。 <input type="checkbox"/> 意思が伝えられないために、友達を叩いてしまう、物を投げるなどの行為で表現する。 ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
そううつ状態 (⑧)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 前後の脈絡なく急に泣いたり、笑ったりする。 <input type="checkbox"/> 日常の活動への興味や意欲が感じられない。 <input type="checkbox"/> 自殺企図がある。 <input type="checkbox"/> 気分安定剤等の薬物を使用している。 <input type="checkbox"/> 睡眠に課題がありリズムが崩れやすく、睡眠が安定しない、まとまった睡眠がとれない。(例:入眠できない、夜中に何度も目を覚ます、昼夜逆転等) <input type="checkbox"/> 睡眠障害に関する診断や治療をしている。 <input type="checkbox"/> 気分の高揚 <input type="checkbox"/> 社会性の増大 <input type="checkbox"/> 多動・多弁 <input type="checkbox"/> 過度な興奮状態 <input type="checkbox"/> 怒りやすい ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
反復的行動 (⑨)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 物や行為にこだわり特定の行為を反復する。(例:言葉やTVのフレーズを繰り返し話す。機械類をずっと見ていたり、気になると時や場所を選ばず寄って行ってしまふ、特定の玩具でしか遊ばない等) <input type="checkbox"/> スケジュールや物の置く位置などが変わると混乱し、元に戻すように求めたり、戸の開閉を過度に気にしきちんと閉まっていないとパニックを起こすため配慮が必要。 <input type="checkbox"/> 自分の気になることを、何度も聞き返す。 <input type="checkbox"/> 回る物や紐等を常に持ち、それらを常に動かしている。 <input type="checkbox"/> くるくる回るものやキラキラするものに集中し、動けなくなることがある。 <input type="checkbox"/> 上半身を前後に揺らす、ジャンプを繰り返す等があり、時と場所に応じて配慮している。 <input type="checkbox"/> 日常生活の中で、決まったルーティン(例:服を着る順番が決まっている等)を行わないと次の行動にうつれない。 <input type="checkbox"/> 日常生活の中で、決まった道以外を通るとパニックになる。 ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
コミュニケーション (⑩)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> コミュニケーションツール(絵カード等)を用いるとコミュニケーションができる。 <input type="checkbox"/> 手話や筆談、点字等を用いている。 <input type="checkbox"/> 外国語でのコミュニケーションが必要なために、翻訳アプリの導入等はの配慮を行っている。 <input type="checkbox"/> 特定の人(保護者等)しか理解できないサインで意思を表現する。 <input type="checkbox"/> 特定の人(保護者等)としかコミュニケーションがとれない。 <input type="checkbox"/> 慣れない場所や人前では、表情が硬く話すことが難しい。 <input type="checkbox"/> 吃音がある。 <input type="checkbox"/> 一方的に話しかけたり、テレビのCMのセリフ等を独り言のように話したりするが、自分の意思の伝達ではない。 <input type="checkbox"/> 話しかけられてもオウム返しで返答している。 <input type="checkbox"/> 行動のみ自分の意思を伝えられる。(例:冷蔵庫の前に行く、他者の手を引いて誘導等) <input type="checkbox"/> 日常生活上のパターン化された内容のみ、自分の意思を伝えられる。(例:ご飯と言う、おもちゃのみ指さしする等)				
説明の理解 (⑩)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 簡単な口頭での説明を聞いてうなずいたり、返事をするが、その後の行動が伴わないことがある。 <input type="checkbox"/> 1つのことはできるが、同時に2つ以上のことを指示されると行動が困難になる。 <input type="checkbox"/> コミュニケーションツールを用意したり、ジェスチャーで補足すると理解が促される。 <input type="checkbox"/> 簡単な口頭での説明をしても、うなずきや返事等が見られず、理解できていると考えられない、又は理解しているのかを判断できない。 <input type="checkbox"/> 日常生活の中でパターン化された特定の行為(座る、食べる等)のみ理解できる。				
対人面の不安緊張・ 集団への不適応(⑩)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 一定期間学校へ行けなかったり、事業所の中に入れなかったり、家に引きこもっている状態。 <input type="checkbox"/> 全くもしくは短時間しか集団参加できず個別に対応が必要。 <input type="checkbox"/> 新しい場所等、慣れない場所に行くとき動けなくなり、会話ができなくなる。 <input type="checkbox"/> 不安緊張が高まるとその場にいられなくなる、もしくはその場で動けなくなってしまう。 <input type="checkbox"/> アイコンタクトが乏しい(話している時や話しかけられている時に相手の顔を見ない等)配慮を必要としている。 <input type="checkbox"/> チェック(目をパチパチさせたり、「オッ」等意図しない声が出てしまう等)など身体症状にあらわれている場合。 <input type="checkbox"/> 爪かみ、指しゃぶりがあがる。 <input type="checkbox"/> 緘黙がある。 <input type="checkbox"/> ファンタジーの世界に入ってしまう、やりとりが成立しない。 <input type="checkbox"/> 感覚過敏により日常生活への適応に困難があるため配慮が必要。(例:温度、食感、音が過剰に聞こえる、つま先立ちで歩く、光や色を過剰に感じる、皮膚感覚が過敏で同じ服しか着ることができない等) ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
読み書き (⑪)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 書くことはできないが、パソコン等の代用手段を使用すればできる。 <input type="checkbox"/> 文字では理解できず、コミュニケーションツールを使用することで理解できる。 <input type="checkbox"/> 文字に興味を示さない。 <input type="checkbox"/> 学習障害の診断がある。 <input type="checkbox"/> 外国語でのコミュニケーションが必要なために、翻訳を行っている。				

個別サポート加算の判定(市記入)

①～④の3項目以上が「全介助」になる。		該当	・	非該当		
行動関連16項目の✓の合計が13点以上になる。		合計点数		該当	・	非該当
区分1	区分3又は区分2に該当しない児童で、①～④の項目のうち、「一部介助」又は「全介助」が1項目以上					
区分2	①～④の項目のうち「全介助」若しくは「一部介助」が3項目以上又は⑤～⑪の項目のうち「週に1回以上」が1項目以上					
区分3	①～④の項目のうち「全介助」が3項目以上又は⑤～⑪の項目のうち「ほぼ毎日」が1項目以上					

就学児サポート調査・給付決定時調査票[5領域11項目兼ねる調査票]

記載例

調査日 年 月 日

●放課後等デイサービスを申請する方は下表の回答をお願いいたします(該当する項目にチェックしていただくのみ)。
 ●児童の状態は、適切な支援や環境が整っていない状況(例:保護者や慣れている支援者がいない状況、初めての場所等)を想定し、日常生活において行動上、どの程度の支援(配慮の度合や頻度等)を必要としているかで判断してください。また、「できる時」と「できない時」がある場合は「できない場合」に基づき判断してください。

児童氏名 (歳) 記入者氏名

調査項目	保護者記載欄 ※該当する□にチェック	※市記入欄			
		備考	介助の必要性(サポート加算)		
			なし	一部	全介助
① 食事	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 食べ物に特別な配慮をする必要がある。(例:軟食、きざみ、ミキサー食、過度な食物アレルギー等配慮がある場合) <input type="checkbox"/> 一度に口に詰め込まないよう、飲み込みや噛む行為を指導している。 <input type="checkbox"/> 何でも手づかみで食べる。 <input type="checkbox"/> 特別なコップや食器、道具を使用し、食べることをサポートしている。 <input type="checkbox"/> 著しい偏食(例:水が飲めない、食べられるものが極端に少ない) <input type="checkbox"/> 感覚過敏(例:温度や食感、食器のこだわり等)により配慮が必要。 <input type="checkbox"/> 全介助(行為の目的や内容を理解していない。経管栄養(胃ろう、腸ろう)がある)				
② 入浴	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 体や髪を洗う、拭く行為が不十分なため部分的にやり直している。 <input type="checkbox"/> 一連の行為を自分で行えるが、安全面等を考慮し一人で入浴させること。 <input type="checkbox"/> 洗髪や洗顔。洗身に拒否があるため支援が必要。 <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> 常時抱えての入浴が必要。 <input type="checkbox"/> シャワーを怖がる、浴槽を嫌がる。 <input type="checkbox"/> 洗髪や洗顔、洗身に強い拒否を示すため、対応が必要。 <input type="checkbox"/> シャワー				
③ 排泄	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 立ち便器、和式便器等、トイレの形状によって排泄が困難な場合。 <input type="checkbox"/> 促しがなければ自発的にトイレに行くことが難しい。 <input type="checkbox"/> 決まった場所では排泄したがない場合。(例:決まった便器でしかできない、自宅のトイレ以外ではできない等) <input type="checkbox"/> 頻尿で何回もトイレに行きたがる。 <input type="checkbox"/> 尿意等を自分から伝えられない。 <input type="checkbox"/> 排泄ごとに拭き取りの支援が必要。 <input type="checkbox"/> 便をいじったり、排泄する場所ではない所で行う。 <input type="checkbox"/> 排泄の失敗が多く対応が必要。 <input type="checkbox"/> ストマ、尿カテーテル等を使用。 <input type="checkbox"/> 洗腸や摘便が必要。				
④ 移動	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 階段や砂利道等の条件によって介助が必要になる。 <input type="checkbox"/> 歩行速度が他児と異なる(速い/遅い)ため個別対応が必要。 <input type="checkbox"/> 道順や手段にこだわりがある。 <input type="checkbox"/> 公共交通機関ではパニックになりやすく、利用できない。 <input type="checkbox"/> 移動が安定せず途中で立ち止まったり、座り込んだり、寝ころんだりするため対応が必要。 <input type="checkbox"/> 常時バギーや車いす、お散歩カート等の移動用具が必要。 <input type="checkbox"/> 道路への飛び出しがあり、信号が理解できない、障害物の回避ができない等の理由で見守りが必要。 <input type="checkbox"/> 装具等を装着しているため、移動する際に配慮が必要。				
大声・奇声を出す(⑤)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 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場合。 <input type="checkbox"/> 物などを使って周囲に不快な音を立てる場合 一ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
多動・行動停止(⑤)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 周囲と協調できず、絶えず動き回ってしまう。または、マイペースに周囲と無関係に動いてしまう。 <input type="checkbox"/> 常時走り回る、1箇所に留まるのが難しい。 <input type="checkbox"/> 絶えず喋っている。 <input type="checkbox"/> 体の一部を常時動かしている。 <input type="checkbox"/> 5~10分程度であれば指示に応じることができるが、その後すぐに同じ行動を繰り返してしまう。 <input type="checkbox"/> ゆっくりした行動が難しい。(例:歩くことができず、すぐに走ってしまう等) <input type="checkbox"/> バランス感覚がアンバランスのために転びやすい、怪我をしやすい、高いところから落ちやすい。 <input type="checkbox"/> 本人の意思とは関係なく、次の行動に移ることが難しい。 一ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
不安定な行動(⑤)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 特定の物・人へ固執することで安定を崩り、それが無くなったり、変更してしまうと不安定になってしまう。 <input type="checkbox"/> パニック、突然泣きだすことがある。 <input type="checkbox"/> 突然の予定変更があると次の行動ができなくなる。また、不安になり落ち着きがなくなってしまう、行動が停止する。 一ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
突発的な行動(⑤)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 手にしたものを突発的に投げてしまう。 <input type="checkbox"/> 気になることがある場合に、手を繋いでいても振り切り、気になる方に行ってしまう。 <input type="checkbox"/> 気になるもの等があると、勝手に離れてしまい、迷子や行方不明になることがある。(常に見守りや防止するための環境設定が必要) <input type="checkbox"/> 危険の認識が弱く、突発的に道路に飛び出したり、自分の身体能力を超えた高さから飛び降りる、熱いものなど危険なものに手を出してしまう。 一ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
てんかん(⑤)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> てんかんの経過観察あり(服薬対応までしていないが、てんかんの経過観察を行っている。) <input type="checkbox"/> てんかんの診断がある(薬で発作を予防している場合も含む) <input type="checkbox"/> 発熱時に抗けいれん薬等に対応をしている。 <input type="checkbox"/> 薬の服用状況の確認を常に行っている。				
異食行動(⑥)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 食べられないもの(例:石や砂、玩具類、地面に落ちて明らかに汚れている食べ物、酒類、洗剤類等)を口に入れる。 <input type="checkbox"/> 物を口に入れて感触遊びをしたり、確認したりする行為がある。 <input type="checkbox"/> 服の袖を噛んだり、紐を口に入れることがある。 一ある場合 <input type="checkbox"/> 飲み込みほしないが口を含むことがある <input type="checkbox"/> 物があると口を含み、飲み込んでしまう				
過食・反すう等(⑥)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 過食、拒食(例:異常な量を食べる、環境の変化によって食べられなくなる等)がある。 <input type="checkbox"/> 口に入れたものを飲み込まず、口に溜めたままにする。 <input type="checkbox"/> 際限なく水を飲み続ける。 <input type="checkbox"/> 極度な偏食(例:白米だけしか食べない等、特定のものだけしか食べない)あり、食事面で配慮している。 <input type="checkbox"/> 嘔吐を繰り返す。 <input type="checkbox"/> アレルギー食対応、宗教食対応が必要。 <input type="checkbox"/> 咀嚼(噛む行為)・嚥下(飲み込む行為)の課題があり配慮が必要。(例:きざみ、ミキサー食等) 一ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				

該当する項目があれば□にチェックをしてください。また、該当項目の行為について、ある場合の頻度を確認する調査項目もありますので忘れずにチェックをお願いします。

※市記入欄

自らを傷つける行為 (⑦)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 自分の頭を叩いたり、床や壁に打ちつける。 <input type="checkbox"/> 自分をつねる。 <input type="checkbox"/> 傷口を触ったり、ほじったりして直らない。 <input type="checkbox"/> 自分で口に指を入れて嘔吐する。 <input type="checkbox"/> 衣服を破ることがある。				
他人を傷つける行為 (⑦)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 他人を叩く、髪を引っ張る、蹴る、押す等の行為がある。 <input type="checkbox"/> 物を壊したり、投げたりする行為がある。 <input type="checkbox"/> 暴言(バカ、死ね等)、相手を侮辱したり、からかったり、いじめたりする行為がある。 <input type="checkbox"/> 他人へ過剰な注意や干渉によるトラブルがある。				
不適切な行為 (⑦)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 見知らぬ人に対し、過度に親しげな振る舞いをする。(例:抱きつく、膝の上に座る等) <input type="checkbox"/> 他人に急に接近したり、のぞき込んだり、体に触ったりする。 <input type="checkbox"/> うそをつく <input type="checkbox"/> 断りもなく人の物を持ってきてしまう、盗む。 <input type="checkbox"/> 感情のコントロールに困難があり、些細な出来事ですぐにかんしゃくをおこしたり、周囲の人とトラブルになりやすい。 <input type="checkbox"/> 意図的に保護者や職員等に従わず反抗する。また、過度な要求をする。 <input type="checkbox"/> SNS等で不適切な内容を発信したり、見知らぬ誰かと通信したりする。 <input type="checkbox"/> 自慰行為がある。 <input type="checkbox"/> 過度に人や物の臭いを嗅ぐ行為がある。 <input type="checkbox"/> 不適切な場所で排便、放尿がある。 <input type="checkbox"/> 意思が伝えられないために、友達を叩いてしまう、物を投げるなどの行為で表現する。----- <input type="checkbox"/> ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
そううつ状態 (⑧)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 前後の脈絡なく急に泣いたり、笑ったりする。 <input type="checkbox"/> 日常の活動への興味や意欲が感じられない。 <input type="checkbox"/> 自殺企図がある。 <input type="checkbox"/> 気分安定剤等の薬物を使用している。 <input type="checkbox"/> 睡眠に課題がありリズムが崩れやすく、睡眠が安定しない、まとまった睡眠がとれない。(例:入眠できない、夜中に何度も目を覚ます、昼夜逆転等) <input type="checkbox"/> 睡眠障害に関する診断や治療をしている。 <input type="checkbox"/> 気分の高揚 <input type="checkbox"/> 社会性の増大 <input type="checkbox"/> 多動・多弁 <input type="checkbox"/> 過度な興奮状態 <input type="checkbox"/> 怒りやすい----- <input type="checkbox"/> ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
反復的行動 (⑨)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 物や行為にこだわり特定の行為を反復する。(例:言葉やTVのフレーズを繰り返し話す。機械類をずっと見ていたり、気になると時や場所を選ばず寄って行ってしまふ、特定の玩具でしか遊ばない等) <input type="checkbox"/> スケジュールや物の置く位置などが変わると混乱し、元に戻すように求めたり、戸の開閉を過度に気にしきちんと閉まっていなくてパニックを起こすため配慮が必要。 <input type="checkbox"/> 自分の気になることを、何度も聞き返す。 <input type="checkbox"/> 回る物や紐等を常に持ち、それらを常に動かしている。 <input type="checkbox"/> ぐるぐる回るものやキラキラするものに集中し、動けなくなることがある。 <input type="checkbox"/> 上半身を前後に揺らす、ジャンプを繰り返す等があり、時と場所に応じて配慮している。 <input type="checkbox"/> 日常生活の中で、決まったルーティン(例:服を着る順番が決まっている等)を行わないと次の行動にうつれない。 <input type="checkbox"/> 日常生活の中で、決まった道以外を通るとパニックになる。----- <input type="checkbox"/> ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
コミュニケーション (⑩)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> コミュニケーションツール(絵カード等)を用いてコミュニケーションができる。 <input type="checkbox"/> 手話や筆談、点字等を用いている。 <input type="checkbox"/> 外国語でのコミュニケーションが必要なために、翻訳アプリの導入等はの配慮を行っている。 <input type="checkbox"/> 特定の人(保護者等)しか理解できないサインで意思を表現する。 <input type="checkbox"/> 特定の人(保護者等)としかコミュニケーションがとれない。 <input type="checkbox"/> 慣れない場所や人前では、表情が硬く話することが難しい。 <input type="checkbox"/> 吃音がある。 <input type="checkbox"/> 一方的に話しかけたり、テレビのCMのセリフ等を独り言のように話したりするが、自分の意思の伝達ではない。 <input type="checkbox"/> 話しかけられてもオウム返しで返答している。 <input type="checkbox"/> 行動のみで自分の意思を伝えられる。(例:冷蔵庫の前に行く、他者の手を引いて誘導等) <input type="checkbox"/> 日常生活上のパターン化された内容のみ、自分の意思を伝えられる。(例:ご飯と言う、おもちゃのみ指さす等)				
説明の理解 (⑩)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 簡単な口頭での説明を聞いてうなずいたり、返事をするが、その後の行動が伴わないことがある。 <input type="checkbox"/> 1つのことはできるが、同時に2つ以上のことを指示されると行動が困難になる。 <input type="checkbox"/> コミュニケーションツールを用意したり、ジェスチャーで補足すると理解が促される。 <input type="checkbox"/> 簡単な口頭での説明をしても、うなずきや返事等が見られず、理解できていると考えられない、又は理解しているのかを判断できない。 <input type="checkbox"/> 日常生活の中でパターン化された特定の行為(座る、食べる等)のみ理解できる。				
対人面の不安緊張・ 集団への不適応 (⑩)	<input type="checkbox"/> 一定期間学校へ行けなかったり、事業所の中に入れなかったり、家に引きこもっている状態。 <input type="checkbox"/> 全くもしくは短時間しか集団参加できず個別に対応が必要。 <input type="checkbox"/> 新しい場所等、慣れない場所に行くとき動けなくなり、会話ができなくなる。 <input type="checkbox"/> 不安緊張が高まるとその場にいらなくなる、もしくはその場で動けなくなってしまう。 <input type="checkbox"/> アイコンタクトが乏しい(話している時や話しかけられている時に相手の顔を見ない等)配慮を必要としている。 <input type="checkbox"/> チック(目をパチパチさせたり、「オッ」等意図しない声が出てしまう等)など身体症状にあらわれている場合。 <input type="checkbox"/> 爪かみ、指しやぶりがあがる。 <input type="checkbox"/> 緘黙がある。 <input type="checkbox"/> ファンタジーの世界に入ってしまう、やりとりが成立しない。 <input type="checkbox"/> 感覚過敏により日常生活への適応に困難があるため配慮が必要。(例:温度、食感、音が過剰に聞こえる、つま先立ちで歩く、光や色を過剰に感じる、皮膚感覚が過敏で同じ服しか着ることができない等)----- <input type="checkbox"/> ある場合の頻度 <input type="checkbox"/> 月1回程度以上 <input type="checkbox"/> 週1回程度以上				
読み書き (⑪)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 書くことはできないが、パソコン等の代用手段を使用すればできる。 <input type="checkbox"/> 文字では理解できず、コミュニケーションツールを使用することで理解できる。 <input type="checkbox"/> 文字に興味を示さない。 <input type="checkbox"/> 学習障害の診断がある。 <input type="checkbox"/> 外国語でのコミュニケーションが必要なために、翻訳を行っている。				

個別サポート加算の判定(市記入)

①～④の3項目以上が「全介助」になる。		該当	・	非該当		
行動関連16項目の✓の合計が13点以上になる。		合計点数		該当	・	非該当
区分1	区分3又は区分2に該当しない児童で、①～④の項目のうち、「一部介助」又は「全介助」が1項目以上					
区分2	①～④の項目のうち「全介助」若しくは「一部介助」が3項目以上又は⑤～⑪の項目のうち「週に1回以上」が1項目以上					
区分3	①～④の項目のうち「全介助」が3項目以上又は⑤～⑪の項目のうち「ほぼ毎日」が1項目以上					