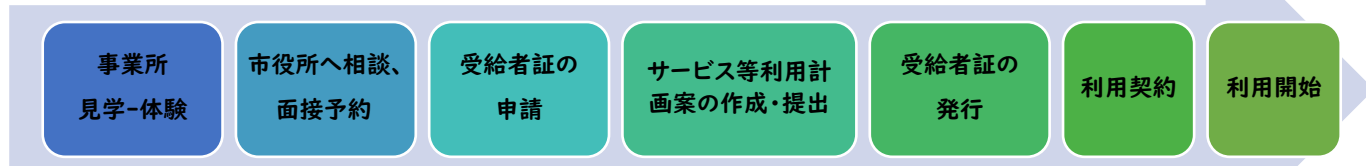


◆障害児通所支援サービスを初めてご申請される方へ◆

〈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 ・サービス等利用計画案（障害児相談支援を利用する方）
- ・障害児相談支援給付費支給申請書 ・障害児相談支援依頼（変更）届出書
- ・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ますと、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		年 月 日
	氏 名			昭和 平成 令和		
	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		年 月 日
	氏 名			令和		
			続 柄			
	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		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、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 ()

障害児相談支援給付費支給申請書

八千代市長

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居住地	〒		
	電話番号			
支給決定に係る障害児	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	続 柄			
	個人番号			

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）		
フリガナ		申請者との関係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

八千代市長

次のとおり届け出します。

届出年月日 令和 年 月 日

区分	新規 ・ 変更
----	---------

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏 名				
	居 住 地	〒			
		電話番号			
	フリガナ		生年月日	平成・令和	年 月 日
	申請に係る 児 童 氏 名		続柄		

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ 事業所名	
住 所	〒
電話番号	

指定特定相談支援事業所・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）

変更年月日 令和 年 月 日

勘案事項

記入日： 令和 年 月 日

記載者 (続柄)

記載者 (続柄)

対象児童	フリガナ		生年月日	
	氏名		所属	_____幼稚園・保育園・学校

幼稚園・保育園	
小学校・中学校・特別支援学校	普通級・支援級（自閉症・情緒、知的、難聴）・通級（ことば、LD・ADHD、難聴）

＜協力が得られる親族＞

続柄	年齢	就労有無	職業・所属先等	備考	続柄	居住地	協力の状況
		有・無			例：母方祖父母	八千代市	困った時は相談している。
		有・無					
		有・無					
		有・無					
		有・無					

<input type="checkbox"/> 特別なことはなかった <input type="checkbox"/> 切迫流早産 <input type="checkbox"/> ひどいつわり <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> 貧血
※その他健康状態、大きな病気や服薬、心配していた点

分娩の方法	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 骨盤位(逆子) <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 誘発分娩 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡 <input type="checkbox"/> その他()
出生後の状況	<input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 保育器使用(日間) <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 黄疸(強い黄疸・交換輸血・光線療法・母乳停止) <input type="checkbox"/> その他()

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)

場所	<input type="checkbox"/> 健診 <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（ ）
内容	

--

時期(～歳)	診断名・医療機関名	通院頻度(例：月1回)	服薬有無	治療経過
			有・無	治療済・治療中・未治療
			有・無	
			有・無	

領域	項目	判断項目	
①健康・生活	(1) 食事 ※3歳未満は、下段2つから選択	<input type="checkbox"/> 一人で食べることができる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば食べることができる
		<input type="checkbox"/> 一部支援が必要である ☆▽	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要である ★▼
	(2) 入浴 ※3歳未満は、「常に支援が必要」を選択	<input type="checkbox"/> 一人で入浴することができる。	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば入浴することができる
		<input type="checkbox"/> 一部支援が必要である ☆▽	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要である ★▼
	(3) 排泄 ※3歳未満は、下段2つから選択	<input type="checkbox"/> 一人でトイレに移動して排せつすることができる	<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することができる
		<input type="checkbox"/> 一部支援が必要である ☆	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要である ★
	(4) 衣類の着脱 ※3歳未満は、下段2つから選択	<input type="checkbox"/> 一人で衣服の着脱ができる	<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"/> 一部支援が必要である	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要である
②感覚・運動	(5) 感覚器官(聞こえ)	<input type="checkbox"/> 特に問題がなく聞こえる	<input type="checkbox"/> 補聴器などの補助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である	<input type="checkbox"/> 音や声を聞き取ることが難しい

	(6) 感覚器官(口腔機能)	<input type="checkbox"/> 嚙んで飲み込むことができる <input type="checkbox"/> 介助があれば口を開き、口を閉じて飲み込むことができる	<input type="checkbox"/> 柔らかい食べ物を押しつぶして食べることができる <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、手を使って遊ぶことができる <input type="checkbox"/> 身体の一部を支えると座ることができる	<input type="checkbox"/> 手で支えて座ることができる <input type="checkbox"/> 座るために全体を支える必要がある
	(8) 運動の基本技能 (目と足の協応)	<input type="checkbox"/> ケンケンが3回以上できる <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"/> どの動きも難しい	<input type="checkbox"/> 交互に足を出して階段を昇り・降りできる <input type="checkbox"/> 階段は同じ足を先に出して昇る
	(9) 運動の基本的技能 (移動)	<input type="checkbox"/> 一人で歩くことができる <input type="checkbox"/> 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"/> 一人で歩くことはできるが近くでの見守りが必要である <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することができる <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"/> 集中して取り組むことができる <input type="checkbox"/> 集中して取り組むことが難しい ▼	<input type="checkbox"/> 部分的に集中して取り組むことができる ▽
(12) 見通し(予測理解)		<input type="checkbox"/> 見通しを立てて行動することができる <input type="checkbox"/> 視覚的な情報があれば行動する事ができる ▽	<input type="checkbox"/> 声かけがあれば見通しを立てて行動することができる <input type="checkbox"/> その他の工夫が必要 ▼
(13) 見通し(急な変化対応)		<input type="checkbox"/> 急な予定変更でも問題ない <input type="checkbox"/> 視覚的な手掛かりがあれば対応できる ▽	<input type="checkbox"/> 声かけ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、対処方法も特にならない ▼	<input type="checkbox"/> 乱暴な言動がみられるが、対処方法がある ▽
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"/> あまり目が合わない/合っても持続しない ▽	<input type="checkbox"/> 訴えている(要求する)時は目が合う <input type="checkbox"/> ほとんど目が合わない ▼
	(16) 表出(意思の表出)	<input type="checkbox"/> 言葉を使って伝えることができる <input type="checkbox"/> 泣いたり怒ったりして伝える	<input type="checkbox"/> 身振りで伝えることができる <input type="checkbox"/> 意思表示が難しい
	(17) 読み書き ※3歳未満は、「常に支援が必要を選択	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある
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"/> 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"/> ごく限られた人であれば反応する <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"/> ほとんどトラブルがないか、あったとしても自分たちで解決することができる <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"/> トラブルがあっても、大人の支援があれば解決できる <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	<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"/> 支援があればその場にはいられる ▽	<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"/> 参加することが難しい ▼

以下、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することができる <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"/> 時折、適切な言葉遣いや態度で表現することができる <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) やりとり	<input type="checkbox"/> やり取りをすることができる <input type="checkbox"/> やり取りをするのが難しい	<input type="checkbox"/> 配慮があればやりとりができる、しようとする
	(23) 集団適応力	<input type="checkbox"/> 参加することができる <input type="checkbox"/> ほとんど参加することがない	<input type="checkbox"/> たまに参加することができる <input type="checkbox"/> 参加することが難しい

上記項目他、お子様の様子で気になる点がありましたら記載してください。

--

<短期入所に係る障害児支援区分> ※市職員記入

区分3	★3つ以上/▼1つ以上
区分2	★または☆が3つ以上/▽が1つ以上
区分1	上記に該当しない もしくは★または☆が1つ以上

<個別サポート加算Ⅰ(重度)> ~就学児のみ~
☐ のうち全介助が3つ以上(該当・非該当)

〈記載例〉 勘案事項

記入日： 令和 〇年 〇月 〇日

記載者： 〇〇 〇〇 （続柄 母）

対象児童	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇	生年月日	〇〇年〇月〇日
	氏名	〇〇 〇〇	所属	八千代 幼稚園・ <u>保育園</u> 学校

＜入園・就学予定先＞

幼稚園・保育園
小学校・中学校・特別支援学校 普通級・支援級（自閉症・情緒、知的、難聴）・通級（ことば、LD・ADHD、難聴）

＜家族構成（対象児童以外）＞

＜協力が得られる親族＞

続柄	年齢	就労有無	職業・所属先等	備考	続柄	居住地	協力の状況
父	36	<u>有</u> ・無	会社員		例：母方祖父母	八千代市	困った時は相談している。
母	34	<u>有</u> ・無	パート				
兄	11	有・ <u>無</u>	〇〇小学校	放課後等デイサービス利用中			
妹	1	有・ <u>無</u>					
		有・無					

＜妊娠中について＞

<input checked="" type="checkbox"/> 特別なことはなかった <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> ひどいつわり <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> 貧血
※その他健康状態、大きな病気や服薬、心配していた点

＜出生時の様子＞ 週数 39 週 体重 3650 g

分娩の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 骨盤位（逆子） <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 誘発分娩 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡 <input type="checkbox"/> その他（ ）
出生後の状況	<input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 保育器使用（ 日間） <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 黄疸（強い黄疸・交換輸血・光線療法・母乳停止） <input type="checkbox"/> その他（ ）

＜成長の様子について＞

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＞

場所	<input checked="" type="checkbox"/> 健診 <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（ ）
内容	3歳健診の時にことばの遅れについてことばと発達の相談室へ相談するよう案内を受けた。

＜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から児童発達支援の利用について案内を受けた。

＜今までにかかった大きな病気やケガ等＞

時期（～歳）	診断名・医療機関名	通院頻度（例：月1回）	服薬有無	治療経過
1歳～	てんかん・〇〇病院	月1回	<u>有</u> ・無	治療済・ <u>治療中</u> ・未治療
			有・無	
			有・無	

調査項目（5領域20項目）

領域	項目	判断項目	
①健康・生活	(1) 食事 ※3歳未満は、下段2つから選択	<input type="checkbox"/> 一人で食べることができる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば食べることができる
		<input type="checkbox"/> 一部支援が必要である ☆▽	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要である ★▼
	(2) 入浴 ※3歳未満は、「常に支援が必要を選択	<input type="checkbox"/> 一人で入浴することができる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば入浴することができる
		<input type="checkbox"/> 一部支援が必要である ☆▽	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要である ★▼
	(3) 排泄 ※3歳未満は、下段2つから選択	<input type="checkbox"/> 一人でトイレに移動して排せつすることができる	<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することができる
		<input type="checkbox"/> 一部支援が必要である ☆	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要である ★
	(4) 衣類の着脱 ※3歳未満は、下段2つから選択	<input type="checkbox"/> 一人で衣服の着脱ができる	<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"/> 一部支援が必要である	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要である
②感覚・運動	(5) 感覚器官（聞こえ）	<input type="checkbox"/> 特に問題がなく聞こえる	<input type="checkbox"/> 補聴器などの補助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である	<input type="checkbox"/> 音や声を聞き取ることが難しい

	(6) 感覚器官(口腔機能)	<input type="checkbox"/> 嚙んで飲み込むことができる <input type="checkbox"/> 介助があれば口を開き、口を閉じて飲み込むことができる	<input type="checkbox"/> 柔らかい食べ物を押しつぶして食べることができる <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、手を使って遊ぶことができる <input type="checkbox"/> 身体の一部を支えると座ることができる	<input type="checkbox"/> 手で支えて座ることができる <input type="checkbox"/> 座るために全体を支える必要がある
	(8) 運動の基本技能(目と足の協応)	<input type="checkbox"/> ケンケンが3回以上できる <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"/> どの動きも難しい	<input type="checkbox"/> 交互に足を出して階段を昇り・降りできる <input type="checkbox"/> 階段は同じ足を先に出して昇る
	(9) 運動の基本的技能(移動)	<input type="checkbox"/> 一人で歩くことができる <input type="checkbox"/> 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"/> 一人で歩くことはできるが近くでの見守りが必要である <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することができる <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"/> 集中して取り組むことができる <input type="checkbox"/> 集中して取り組むことが難しい ▼	<input type="checkbox"/> 部分的に集中して取り組むことができる ▽
(12) 見通し(予測理解)		<input type="checkbox"/> 見通しを立てて行動することができる <input type="checkbox"/> 視覚的な情報があれば行動する事ができる ▽	<input type="checkbox"/> 声かけがあれば見通しを立てて行動することができる <input type="checkbox"/> その他の工夫が必要 ▼
(13) 見通し(急な変化対応)		<input type="checkbox"/> 急な予定変更でも問題ない <input type="checkbox"/> 視覚的な手掛かりがあれば対応できる ▽	<input type="checkbox"/> 声かけ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、対処方法も特にならない ▼	<input type="checkbox"/> 乱暴な言動がみられるが、対処方法がある ▽
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"/> あまり目が合わない/合っても持続しない ▽	<input type="checkbox"/> 訴えている(要求する)時は目が合う <input type="checkbox"/> ほとんど目が合わない ▼
	(16) 表出(意思の表出)	<input type="checkbox"/> 言葉を使って伝えることができる <input type="checkbox"/> 泣いたり怒ったりして伝える	<input type="checkbox"/> 身振りで伝えることができる <input type="checkbox"/> 意思表示が難しい
	(17) 読み書き ※3歳未満は、「常に支援が必要を選択	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある
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"/> 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"/> ごく限られた人であれば反応する <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"/> ほとんどトラブルがないか、あったとしても自分たちで解決することができる <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"/> トラブルがあっても、大人の支援があれば解決できる <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	<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"/> 支援があればその場にはいられる ▽	<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"/> 参加することが難しい ▼

以下、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することができる <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"/> 時折、適切な言葉遣いや態度で表現することができる <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) やりとり	<input type="checkbox"/> やり取りをすることができる <input type="checkbox"/> やり取りをするのが難しい	<input type="checkbox"/> 配慮があればやりとりができる、しようとする
	(23) 集団適応力	<input type="checkbox"/> 参加することができる <input type="checkbox"/> ほとんど参加することがない	<input type="checkbox"/> たまに参加することができる <input type="checkbox"/> 参加することが難しい

上記項目他、お子様の様子で気になる点がありましたら記載してください。

--

<短期入所に係る障害児支援区分> ※市職員記入

区分3	★3つ以上/▼1つ以上
区分2	★または☆が3つ以上/▽が1つ以上
区分1	上記に該当しない もしくは★または☆が1つ以上

<個別サポート加算Ⅰ(重度)> ～就学児のみ～
☐ のうち全介助が3つ以上(該当・非該当)