**記　入　例　児童調査票(1)**

**支給の要否を決定するにあたり必要な調査です。以下、御記入くださいますようお願いします。（必要に応じて聴き取り調査を行う場合もございます。）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害児氏名 | 川越　太郎 | | 性別 | 男 | | 生年月日  （年齢） | 平成２５年１２月１日  （８歳） |
| 保護者氏名 | **川越　一郎** | | **続柄** | **父** | | **電話番号** | **０４９－２４４－６３１７** |
| 保健医療サービスの利用状況  (通院・訪問看護・訪問リハ等） | **通院先** | **道灌総合ｸﾘﾆｯｸ** | | | | **診療内容** | **小児科、1回/月** |
| **通院先** | **道灌訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ**  ✔  ✔ | | | | **診療内容**  ✔ | **1回/２週、リハ1回/月**  ✔ |
| 家族構成 | **同居家族の構成** | 祖父祖母父母兄弟姉妹  他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| **主たる介護者** | 祖父祖母父母兄弟姉妹他（　　　　） | | | | | |
| 就労の状況  ✔  **パート（2日/週）** | | | 心身の状況  **1回/月、道灌総合ｸﾘﾆｯｸ整形外科へ通院。** | | |
| 通学状況 | **学校名** | **県立〇〇特別支援学校小学部４年生** | | | | | |
| **通学状況** | 通学方法や通学頻度など　**週5日、スクールバスで通学。バス停までは母送迎。** | | | | | |
| 障害児通所支援  の利用状況 | 児童発達支援　　　　　　　　 利用している事業所名と利用頻度  ✔  放課後等デイサービス　　　　　**□□クラブを週5日利用。**  保育所等訪問支援 | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 申請するサービス | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| サービスの種類  ✔ | | | | | | | |
| 居宅介護　 行動援護　 短期入所　 同行援護　 その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 上記で☑をしたサービスを希望する理由 | | | | | | | |
| 母の休息と本人が家族以外の人や自宅以外に慣れる練習のため、利用を希望します。 | | | | | | | |
| 希望するサービスの具体的内容（事業所名と利用頻度） | | | | | | | |
| △△△事業所、7日/月。 | | | | | | | |



令和　年　月作成

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 合計点数 |  |
| 障害児支援区分 | 3 ・ 2 ・ 1 |