生活状況・家族状況確認票

（勘案事項整理票）

柏市

記入日　R７．５．１　記入者　柏　二美

※裏面もご記入ください。

|  |
| --- |
| ：　柏　次郎　　　　　（男・女）　生年月日：H/R　２年　１月　１日(５歳)住所：　柏市柏５－１０－１　　　　　電話番号：０４－〇〇〇〇―〇〇〇〇（日中連絡がとれる連絡先） |
| 障害の種類及び程度 | *※対象要件として，以下のいずれかに〇をつけてください。**(小児慢性特定疾病の方，医療的ケアが必要な方で以下に該当しない場合はご相談ください)*手帳(身体，療育，精神)・ 自立支援(精神)医療 ・ 診断書 ・ 意見書特別児童扶養手当 ・ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)手帳等の記載内容（等級等）： |
| 心身の状況 | *※困りごと，心配ごと等を記載してください。*　　言葉の遅れがある。集団生活が苦手。 |
| 医療状況 | *※医療的ケアとは日常生活で必要な喀痰吸引や経管栄養などの医療行為を言います。*医療的ケア　要（　　　　　　　　　　　　　　　）・不要主治医：　〇〇クリニック診断名等：　自閉症スペクトラム通院頻度：　３か月に１回服薬状況：　服薬無し訪問看護：　有（事業所名：　　　　　　　　　）　・　無 |
| 生活状況 | 所属名（学校，保育園，幼稚園名）：　〇〇幼稚園学級名（普通級，支援級）： 加配の有無：　有　・　無*※加配とは，担任の先生とは別に，サポートの先生がつく制度です。*学年：　年中日中活動等：　〇〇幼稚園，毎週〇曜日習い事 |
| 介護を行う者の状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 同・別居 | 心身の状況 | 生活状況等*(就労状況等)* |
| 　柏　一郎 | 父 | ３５ | 同・別 | 良好 | 会社員 |
| 　柏　二美 | 母 | ３５ | 同・別 | 良好 | パート勤務 |
| 　柏　三郎 | 兄 | ８ | 同・別 | 良好 | 小学３年生 |
| 　柏　零子 | 祖母 | ６５ | 同・別 | 良好 | パート勤務 |
|  |  |  |  |  | ※裏面もご記入ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 児の置かれている環境 | *※居住する住居の立地、構造、生活環境等を記入してください。*２階建て戸建て住宅，〇〇駅まで徒歩１０分，幼稚園まで徒歩５分 |
| 障害福祉サービスの受給状況 | *※保護者を含め，ご家族でこれまでに利用されたサービスがある場合に記載してください。*利用者（本人との続柄）：　兄サービスの種類：　放課後等デイサービス支給量：　月１５日支給決定期間：　R７年　２月　１日～　R8年　１月　３１日 |
| 他の保健福祉サービス | *※上記「医療状況」の他に利用している保健福祉サービス(こども発達センター，児童福祉サービス等)がある場合に記載してください。*　R7.2.1　こども発達センターで面談 |
| サービスの利用に関する意向の具体的内容 | 利用目的等：　療育を受けることで，他の子ども達と楽しく遊べるようになってほしい。 |
| 申請サービスの種類：　児童発達支援通所事業所名：　〇〇〇〇希望開始日：令和７年６月１日*※受給者証の発行には，すべてのお手続きが完了してから２週間程度かかります。* |
| 今後の連絡について | *※****書類提出後，必ず，内容確認のご連絡をします。この確認ができないと，受給者証の発行ができません。****都合の良い（悪い）時間帯がある場合はご記入ください。(業務時間内の連絡となるため，必ずしもご希望に添えるものではありません)*　〇曜日の〇時～〇時以外が都合が良い |
| 備考 |  |

以下障害福祉課記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地区 | 北部　・　東部　・　中央　・　南部 | 受付者 |  |

