生活状況・家族状況確認票

（勘案事項整理票）

柏市

記入日　　　　　記入者

※裏面もご記入ください。

|  |
| --- |
| ：　　　　　　　　　　（男・女）　生年月日：H/R　　年　　月　　日(　　歳)住所：　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：（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。* |
| 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：診断名等：通院頻度：服薬状況：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）：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：日中活動等： |
| 介護を行う者の状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 同居有無 | 心身の状況 | 生活状況等*(就労状況等)* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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。* |
| 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）：サービスの種類：支給量：　　　　　　　支給決定期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　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。* |
| サービスの利用に関する意向の具体的内容 | 利用目的等： |
| 申請サービスの種類：通所事業所名：希望開始日：*※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)* |
| 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 |  |

