

浦安市障がい者等日中一時支援利用申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

| | |
|-----|---------|
| 申請者 | 住 所 |
| | 氏 名 |
| | 電 話 () |

日中一時支援を利用したいので、浦安市障がい者等日中一時支援事業の実施に関する規則第4条の規定により、次のとおり申請します。

| | | | |
|--------------------|---------|---|------------|
| 障がい者 又は 障がい児 | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 年 月 日 (歳) |
| | 個人番号 | | |
| | 住所 | | |
| | 電話番号 | | |
| 障がい児の保 護者 ※1 | 保護者氏名 | フリガナ | 生年月日 |
| | 保護者住所※2 | | |
| | 個人番号 | | |
| | 保護者氏名 | フリガナ | 生年月日 |
| | 保護者住所※2 | | |
| | 個人番号 | | |
| 認定を受けている障がい | 身体障がい | 身体障害者手帳 等級(1・2・3・4・5・6) 種類(視覚障がい・聴覚障がい・肢体不自由・内部障がい) | |
| | 知的障がい | (1) 療育手帳(A・Aの1・Aの2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2) (2) その他(診断書・判定・その他) | |
| | 精神障がい | (1) 精神障害者保健福祉手帳(1・2・3) (2) その他(自立支援医療(精神通院)受給者証・年金証書(精神を事由)・診断書・ その他() | |
| | 難病疾患 | 疾患名 () | |
| 備 考 | | | |

- 注 1 ※1欄は、障がい児(18歳未満)の場合のみ記入してください。
2 ※2欄は、障がい児(18歳未満)と住所が異なる場合のみ記入してください。

※事務処理欄 (以下記入しないでください) (窓口対応職員)

| | |
|------------|-------------|
| 課税区分 (年度) | 課税 ・ 非課税 |
| 障害支援区分 | 1・2・3・4・5・6 |
| 障害児支援区分 | 1 ・ 2 ・ 3 |

18歳以上（障がい者）の場合

障害者総合支援法における障害福祉サービス（例：居宅介護、就労系サービス）を利用していますか

①・②のどちらかに○（丸印）をつけてください

①はい

→申請手続きは以上で終了です

②いいえ

→窓口にて聞き取りが必要です

（所要時間は30分程度です。窓口の混雑状況によってはお待ちいただく場合があります。）

18歳未満（障がい児）の場合

障害者総合支援法における障害児通所支援（例：児童発達支援、放課後等デイサービス）・障害福祉サービス（例：居宅介護、短期入所）を利用していますか

①・②のどちらかに○（丸印）をつけてください

①はい

→申請手続きは以上で終了です

②いいえ

→下記の調査項目への記載が必要です

| 障がい児の調査項目（5領域11項目） | | ※11項目全てに該当する項目を記入 | |
|---|---|---------------------------------|-----------------------|
| 項目 | | 記入・区分 | 判断基準 |
| ① | 食事 | <input type="checkbox"/> 全介助 | 全面的に介助を要する。 |
| | | <input type="checkbox"/> 一部介助 | おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する。 |
| | | <input type="checkbox"/> 自立 | 自分で食べることができる。 |
| ② | 排せつ | <input type="checkbox"/> 全介助 | 全面的に介助を要する。 |
| | | <input type="checkbox"/> 一部介助 | 便器に座らせてもらうなど一部介助を要する。 |
| | | <input type="checkbox"/> 自立 | 自分でできる。 |
| ③ | 入浴 | <input type="checkbox"/> 全介助 | 全面的に介助を要する。 |
| | | <input type="checkbox"/> 一部介助 | 身体を洗ってもらうなど一部介助を要する。 |
| | | <input type="checkbox"/> 自立 | 自分でできる。 |
| ④ | 移動 | <input type="checkbox"/> 全介助 | 全面的に介助を要する。 |
| | | <input type="checkbox"/> 一部介助 | 手を貸してもらうなど一部介助を要する。 |
| | | <input type="checkbox"/> 自立 | 自分でできる。 |
| ⑤ | (1) 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動や危険の認識に欠ける行動。 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 | ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮が必要。 |
| | | <input type="checkbox"/> 週に1回以上 | 週に1回以上の支援や配慮が必要。 |
| | | <input type="checkbox"/> ない | ない。 |
| | (2) 睡眠障害や食事・排せつにかかる不適応行動(多飲水や過飲水を含む)。 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 | ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮が必要。 |
| | | <input type="checkbox"/> 週に1回以上 | 週に1回以上の支援や配慮が必要。 |
| | | <input type="checkbox"/> ない | ない。 |
| | (3) 自分や他人をたたいたり傷つけたり、器物を壊したりする行為。 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 | ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮が必要。 |
| | <input type="checkbox"/> 週に1回以上 | 週に1回以上の支援や配慮が必要。 | |
| | <input type="checkbox"/> ない | ない。 | |
| (4) 気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下する。 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 | ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮が必要。 | |
| | <input type="checkbox"/> 週に1回以上 | 週に1回以上の支援や配慮が必要。 | |
| | <input type="checkbox"/> ない | ない。 | |
| (5) 再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常動作に時間がかかる。 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 | ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮が必要。 | |
| | <input type="checkbox"/> 週に1回以上 | 週に1回以上の支援や配慮が必要。 | |
| | <input type="checkbox"/> ない | ない。 | |
| (6) 他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さ等のため外出や集団参加ができない。また、自室に閉じこもって何もしていない。 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 | ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮が必要。 | |
| | <input type="checkbox"/> 週に1回以上 | 週に1回以上の支援や配慮が必要。 | |
| | <input type="checkbox"/> ない | ない。 | |
| (7) 学習障害のため、読み書きが困難。 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 | ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮が必要。 | |
| | <input type="checkbox"/> 週に1回以上 | 週に1回以上の支援や配慮が必要。 | |
| | <input type="checkbox"/> ない | ない。 | |

※通常の発達において必要とされる介助は除く。