

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	フリガナ											生年月日	年 月 日	
	保護者氏名													
	保護者住所※2													
	個人番号													
	フリガナ											生年月日	年 月 日	
	保護者氏名													
	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(Ⓐ・Ⓐ)の1・Ⓐ)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。

裏面もご記入ください

<以下市職員記入欄>

前年度課税区分	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

課税区分	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ございます。）

## 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。