

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												
個人番号												
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)
	住所		
	個人番号		
	電話番号		
障がい児 の保護者 ※1	フリガナ		
	保護者氏名		
	個人番号		
	保護者住所※2		
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・聴覚音声言語・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、障がい児の場合のみ記入してください。
 2 ※2欄は、障がい児と住所が異なる場合のみ記入してください。
 3 ※3欄は、特定疾病受給者証もしくは診断書などが必要です。

※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。