

第1号様式（第2条関係）

障害児通所給付費支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

草加市長 あて

次のとおり申請します。

なお、申請にあたっては、課税要件があるときは、通所支援の利用に関する意向

また、障害児支援利用計画又は通所支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児相談支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

保護者の氏名・生年月日・個人番号・住所・電話番号を記入してください。

お子様の氏名・生年月日・個人番号・住所・電話番号を記入してください。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	ソウカ イチロウ		生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	
	氏名	草加 一郎		個人番号	123456789123	
	居住地	〒 電話・FAX番号 048-922-〇〇〇〇				
	フリガナ	ソウカ タロウ		生年月日	平成〇〇年 〇月 〇日	
	支給申請に係る児童氏名	草加 太郎		続柄	子	
	身体障害者手帳番号	123456	療育手帳番号	789000	精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名
	被保険者証の記号及び番号 (※)			保険者名及び番号 (※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄に手帳をお持ちの場合、発達支援を申請する場合記入してください。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
		今回、申請される支援の他に、「生活サポート」「短期入所」等があれば記入してください。

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援		児童発達支援〇〇園 月10日
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援		
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 受診している医療機関を記入してください。 電話番号		

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 次の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつけてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 次の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつけてください。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要になります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要になります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)		
申請者であればチェックのみ記入してください。 申請者以外の方が提出の場合は、氏名・住所・関係を記入してください。			

強度行動障害判定表

通所給付費等単位数表第1の9の2の注の厚生労働大臣が定める基準に適合する強度の行動障害を有する児童は、次の表の行動障害の内容について、その行動障害が見られる頻度等をあてはめて算出した点数の合計が20点以上である児童とする。

No.	行動障害の内容	行動障害の目安の例示			
1	ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、爪をはぐなど。	週に1回以上	1日に1回以上	1日中
2	ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	噛みつき、蹴り、殴り、髪引き、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など。	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
3	激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みとおす、何百メートルも離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの。	週に1回以上	1日に1回以上	1日に頻回
4	激しい器物破損	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服を何枚も破るなど。	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
当てはまるものがあれば○を記入してください。					
5	睡眠障害	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
6	食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	テーブルをひっくり返す、食器ごと投げる、椅子に座っていられず皆と一緒に食事できない。便や釘・石などを食べる異食、体に異状をきたしたことがある拒食、特定のものしか食べず体に異状をきたした偏食など。	週に1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7	排せつに関する強度の障害	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁面になすりつける。脅迫的に排尿排便行動を繰り返すなど。	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
8	著しい多動	身体・生命の危険につながる飛びだしをする。目を離すと一時も座れず走り回る。ベランダの上など高く危険な所に上るなど。	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
9	通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	たえられないような大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間も続くなど。	ほぼ毎日	1日中	絶えず
10	沈静化が困難なパニック	一度パニックが出ると、体力的にもとても抑えられず止められない状態を呈する。			あり
11	他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、関わっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。			あり

集団参加について教えてください。

集団への参加 あり なし

ある場合、通所・通園・通学している施設の名称をご記入ください。

施設、学校名	学年等
(例) 高砂小学校特別支援学級	1年

保護者・介護者の方の状況を教えてください。

	年齢	心身の状況	就労の状況	その他
(記入例)	35	良好	会社員、パートなど	近所に祖父母が住んでおり、時々面倒をみてもらっている。
父				
母				
祖父				
祖母				

調査票(調査項目:5領域20項目)

草加市ホームページの「障害児通所給付費調査指標マニュアル」を参考に判断してください。

ふりがな	そうか たろう	生年月日	平成〇〇年〇月〇日	ふりがな	そうか いちろう
児童氏名	草加 太郎			(保護者)	草加 一郎
調査日		調査者所属		調査者氏名	

領域	項目	以下に該当の番号を記入	判断項目				
1 健康・生活	(1)食事		① 一人で食べることができる	② 見守りや声かけがあれば食べることができる	③ 一部支援が必要である	④ 常に支援が必要である	
	(2)排せつ		① 一人でトイレに移動して排せつすることができる	② 見守りや声かけがあればトイレに移動して排せつすることができる	③ 一部支援が必要である	④ 常に支援が必要である	
	(3)入浴		① 一人で入浴すること	② 見守りや声かけがあれば入浴することができる	③ 一部支援が必要である	④ 常に支援が必要である	
	(4)衣類の着	同様に該当の番号を記入してください。	① 一人で着ることができる	② 見守りや声かけがあれば衣類の着脱ができる	③ 一部支援が必要である	④ 常に支援が必要である	
2 感覚・運動	(5)感覚器官(聞こえ)		① 特に問題がなく聞こえる	② 補聴器などの補助装置があれば聞こえる	③ 聞き取りにくい音がある/過敏等で補助装置が必要である	④ 音や声を聞き取ることが難しい	
	(6)感覚器官(口腔機能)		① 嚥んで飲み込むことができる	② 柔らかい食べ物を押しつぶして食べることができる	③ 介助があれば口を開き、口を閉じて飲み込むことができる	④ 哺乳瓶などを使用している/口から食べることが難しい	
	(7)姿勢の保持(座る)		① 一人で座り、手を使って遊ぶことができる	② 手で支えて座ることができる	③ 身体の一部を支える座ることができる	④ 座るために全身を支える必要がある	
	(8)運動の基本技能(目と足の協応)		① ケンケンが3回以上できる	② 交互に足を出して階段を昇り・降りできる	③ 両足同時にジャンプし、転倒せずに着地できる	④ 階段は同じ足を先に出して昇る	⑤ どの動きも難しい
	(9)運動の基本的技能(移動)		① 一人で歩くことができる	② 一人で歩くことはできるが近くでの見守りが必要である	③ 一人で歩くことができるが、手をつなぐなどのサポートや杖・保護帽などの補助具が必要	④ 一人で歩くことが難しい	
3 認知・行動	(10)危険回避行動		① 自発的に危険を回避することができる	② 声かけ等があれば危機を回避することができる	③ 危険を回避するためには、支援者の介入が必要である		
	(11)注意力		① 集中して取り組むことができる	② 部分的に集中して取り組むことができる	③ 集中して取り組むことが難しい		
	(12)見通し(予測理解)		① 見通しを立てて行動することができる	② 声かけがあれば見通しを立てて行動することができる	③ 視覚的な情報があれば行動することができる	④ その他の工夫が必要	
	(13)見通し(急な変化対応)		① 急な予定変更でも問題ない	② 声かけがあれば対応できる	③ 視覚的な手掛かりがあれば対応できる	④ その他の工夫やサポートが必要	
	(14)その他		① 乱暴な言動はほとんどみられない	② 乱暴な言動がみられるが、対処方法がある	③ 乱暴な言動がみられ、対処方法も特でない		
4 言語・コミュニケーション	(15)2項関係(人対人)		① 目が合い、微笑むことや、嬉しそう表情をみせる	② 訴えている(要求する)時は目が合う	③ あまり目が合わない/合っても持続しない	④ ほとんど目が合わない	
	(16)表出(意思の表出)		① 言葉を使って伝えることができる	② 身振りで伝えることができる	③ 泣いたり怒ったりして伝える	④ 意思表示が難しい	
	(17)読み書き		① 支援が不要	② 支援が必要な場合がある	③ 常に支援が必要		
5 人間関係・社会性	(18)人との関わり(他者への関心興味)		① 自分から働きかけたり、相手からの働きかけに反応する	② ごく限られた人であれば反応する	③ 自分から働きかけることはほとんどないが、相手からの働きかけには反応することもある	④ 過剰に反応する、または全く反応しない	
	(19)遊びや活動(トラブル頻度)		① ほとんどないか、あっても自分たちで解決できる	② トラブルがあっても、大人の支援があれば解決できる	③ 支援があっても、解決できる場面とできない場面がある	④ トラブルが頻繁に起き、解決することも難しい	
	(20)集団への参加(集団参加状況)		① 指示やルールを理解して最初から最後まで参加できる	② 興味がある内容であれば部分的に参加できる	③ 支援があればその場にはいられる	④ 参加することが難しい	

以下、中学生・高校生のみ対象

領域	項目	以下に該当の番号を記入	判断項目			
コミュニケーション	(21)コミュニケーション(言葉遣い)		① 適切な言葉遣いや態度で表現することができる	② 時折、適切な言葉遣いや態度で表現することができる	③ ほとんど適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい	④ 適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい
	(22)コミュニケーション(やり取り)		① やり取りをすることができる	② 配慮があればやり取りができる/やり取りをしようとする	③ やり取りをすることが難しい	
	(23)コミュニケーション(集団適応力)		① 参加することができる	② たまに参加することができる	③ ほとんど参加することがない	④ 参加することが難しい

※放課後等デイサービスを利用する場合は裏面も記入して下さい。

就学児サポート調査【放課後等デイサービス】

【調査実施者の方へ】

別紙の「就学児サポート調査(行動関連16項目)留意事項」に沿って、調査項目の「判定結果欄」に✓をつけて下さい。

サポート調査 調査項目	判定結果欄		
	介助なし	一部介助	全介助
① 食事	✓		
② 排泄	✓		
③ 入浴	同様に該当箇所に✓を記入してください。		
④ 移動			
	支援不要	支援が必要な 場合がある	常に支援が 必要
⑤ コミュニケーション			
⑥ 説明の理解			
⑦ 大声・奇声を出す			
⑧ 異食行動			
⑨ 多動・行動停止			
⑩ 不安定な行動			
⑪ 自らを傷つける行為			
⑫ 他人を傷つける行為			
⑬ 不適切な行為			
⑭ 突発的な行動			
⑮ 過食・反すう等			
⑯ てんかん			
⑰ そううつ状態			
⑱ 反復的行動			
⑲ 対人面の不安緊張・集団への不適応			
⑳ 読み書き			

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

草加市長 あて

次のとおり申請します。

相談支援事業所の変更がなくても、
必ずご記入をお願いします。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	ソウカ イチロウ		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	草加 一郎			
		個人番号: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3			
	居住地	〒340-8550 草加市高砂1-1-1		①048-922-□□□□ 日中連絡のつく ② 電話・FAX番号 ③	
申請に係る 障害児氏名	フリガナ	ソウカ タロウ		生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
		草加 太郎		続柄	子
		個人番号: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)				
フリガナ	ソウカ ハナコ		申請者との関係	妻	
氏名	草加 花子				
住所	〒340-8550 草加市高砂1-1-1		電話・FAX番号 〇〇〇-1 2 3 4-5 6 7 8 (母)		

計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

草加市長 あて
 次のとおり届出ます。

相談支援事業所の変更がなくても、
 必ずご記入をお願いします。

届出年月日 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

申請者	フリガナ	ソウカ イチロウ	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	草加 一郎		
	居住地	〒340-8550 草加市高砂1-1-1 電話・FAX番号 048-922-□□□□		
申請に係る 障害児氏名	フリガナ	ソウカ タロウ	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
		草加 太郎	続柄	子

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	〇〇ソウダンシエンジギョウシヨ
事業所名	〇〇相談支援事業所 *相談支援事業所一覧を参考にご記入ください
住所	〒340-0016 草加市中央1-1-8 電話・FAX番号 048-922-△△△△

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由(変更の場合に記載)

変更年月日 年 月 日