

聴取日時	令和〇年 〇月 〇日
保護者同意日	令和〇年 〇月 〇日

氏名：奈良 花子		生年月日	平成 令和〇年 〇月 〇日		
障害者手帳の種類 及び程度	手帳の有無	あり なし			
	身体障害者手帳	1	2	3	4 5 6級
	療育手帳	A1	A2	B1	B2
	精神障害者保健福祉手帳	1	2	3級	
その他の心身 の状況	(例) 言葉の遅れがある。集団生活が苦手。				
療育を行う者の状況	氏名： 奈良 太郎	本人との続柄： 父			
	年齢： 〇歳	性別： 男			
	心身の状況： 安定している。等 生活状況等： (就労状況等を記入)				
・障害児通所支援等の 利用状況を記入して ください。 ・新規の場合は利用希 望するサービスと利 用予定事業所名を記 入してください。	児童発達支援	支給量 1か月 9日 (利用予定事業所)			
	放課後等デイサービス	支給量 1か月 ___日 ()			
	保育所等訪問支援	支給量 1か月 ___日 ()			
	居宅介護	支給量 1か月身体 ___時間、家事 ___時間 ()			
	行動援護	支給量 1か月身体 ___時間、家事 ___時間 ()			
	短期入所	支給量 1か月 ___日 ()			
	その他 ()	支給量 1か月 _____ ()			
上記以外の保健医療 サービス又は福祉サ ービスの利用状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり R 8年1月 はぐくみセンターで発達検査				
・新規の場合、障害児 通所支援等の利用意 向について ・更新は記入しなくて もよいです。	利用目的等： (例) 療育を受けることで、他の子ども達と一緒に活動できるようになる。				
	新規は利用予定のサービス、更新は今後も利用したいサービスにチェックしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他 ()				
障害児の生活環境	集合住宅。〇〇駅まで徒歩〇分。幼稚園まで徒歩〇分。				
備考	<input type="checkbox"/> 生活保護受給				
勘案事項整理票 作成協力事業所	事業所名	〇〇事業所			
	担当者名	〇〇	電話		

注意事項：保護者様へ、作成されましたら必ずご自身でコピーを取って保管してください。次回更新時に変更がないときは下記にチェックをつけて提出ください。ただし、進学する時(小,中,高校進学時)には必ず作成しなおしてください。

<input type="checkbox"/> (チェックした日 令和 年 月 日)	前回の内容と変わりありません。
---	-----------------