

《 通所給付における勘案事項 》

対象	本人・家族(母・)・他()	新規・更新・変更・追加・他
調査	月 日 氏名:	場所:窓口・郵送

家族情報	児童氏名		男 女	(才 児童:	年生)	
	・身障(級 種)		障がい詳細(診断名など)				
	・療手(A B1 B2)						
	・精神(1 2 3 級)		※人工内耳(難聴児の聞こえをサポートする装置)の装用 <input type="checkbox"/> あり				
	通院状況						
	医療機関名	内容・科目	通院頻度	服薬の有無	薬の種類・通院手段・方法など		
			/ 週・月				
			/ 週・月				
			/ 週・月				
			/ 週・月				
家族状況							
続柄	年齢	就労の有無	介護状況	職業・所属先など	備考		
日中活動の場 ※所属機関名を記入。また、就学児の場合で、支援学級・通級指導教室に在籍している場合はその旨を記入してください。							
介保認定区分		介保利用サービス内容					
事 申 由 請							
利用サービスの内容	サービス名	事業所名	契約支給量	新規・追加・変更・更新			
	サービス名	事業所名	契約支給量	新規・追加・変更・更新			
	サービス名	事業所名	契約支給量	新規・追加・変更・更新			
	サービス名	事業所名	契約支給量	新規・追加・変更・更新			
	サービス名	事業所名	契約支給量	新規・追加・変更・更新			
その他備考	<input type="checkbox"/> 生活保護受給						