**通学通所支援に係る申告書兼同意書**

R3.4.1～

記入日　令和　　　　年　　　月　　　日

**１．通学通所支援利用者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２．記入者**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　  | 年　　　月　　　日  | □本人□その他続柄(　　　　 ) | フリガナ |  |
| 利用者氏名　 |  | 氏　名 |  |

**３．利用目的と通学通所先について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **利用目的** | **通学通所先** | □ |
| **□**　通学支援 | **□**　特別支援学校　**□**　千葉県立船橋特別支援学校（**□**　上山町校舎　　**□**　夏見校舎）**□**　船橋市立船橋特別支援学校（**□**　高根台校舎　　**□**　金堀町校舎）**□**　その他（学校名：　　　　　立　　　　　　　　　特別支援学校） |
| 学校の連絡先：　　　－　　　　　－　　　　　　　担　任：　　　　　　　先生 |
| **□**　学区外の特別支援学級（**□**自閉・情緒学級　**□**　知的学級）学校名：　　　　　立　　　　　　　　　　　学校（本来の指定校：　　　　　立　　　　　　　　　　　学校）　**※学区内の特別支援学級は対象外となります。** |
| 学校の連絡先：　　　－　　　　　－　　　　　　　担　任：　　　　　　　先生 |
| **□**　通所支援（複数事業所をご利用の場合は、全ての事業所を記入してください） | **◆障害福祉サービス事業所**　　　　　　**◆障害児通所支援施設****①**　生活介護　　　　　　　　　　　　　　**⑥**　児童発達支援センター**②**　自立訓練（機能訓練）　　　　　　　　**⑦**　児童発達支援事業所**③**　自立訓練（生活訓練）　　　　　　　　**⑧**　放課後等デイサービス事業所**④**　就労移行支援　　　　　　　　　　　**◆その他****⑤**　就労継続支援Ｂ型　　　　　　　　　　**⑨**　地域活動支援センター　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**⑩**　日中一時支援事業所　　**※上記以外の施設（保育園・放課後ルーム・学童等）は対象外となります。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **利用事業所** | **番号** | **事業所名** | **担当者** | **連絡先** |
| 例）① | ふなばし○○園 | 船橋　太郎 | 047－436－2345 |
|  |  |  | －　　－ |
|  |  |  | －　　－ |
|  |  |  | －　　－ |

 | □ |

**４．本人及び介護者の状況について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人 | ●自力で通学通所ができますか。　 　　　　　（例：行動障害が著しいため、自力での移動が困難）　　　**□**　できる　　　　　**□**　できない（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ |
| 介護者 | ●現在の付添人と送迎方法は何ですか。付添人：**□**父　　　**□**母　　　　**□**配偶者　　　 **□**　その他（　　　　 　　　　　　　　　　）送迎方法：**□**車　　　**□**徒歩　　 **□**鉄道・バス　　　**□**その他（　　　　　　　　　　　　　　　）●他の送迎方法はありますか。**□**　ある　　　　　　**□**　ない | □ |
| 付添いできない理由 | ●保護者等が付添いできない理由は何ですか。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **保護者** | **保護者** |
| **保護者氏名** | （続柄：　　　　） | （続柄：　　　　） |
| **理由番号**下記から選択してください |  |  |
| **付添い****できない****具体的理由**・週に何日あるか・継続的なのか等を具体的に記入してください | 例）平日は朝から夕方まで就労しているため、送迎ができない。 | 例）週２日、疾病による通院のため　　学校までの迎えができない。 |
|  |  |
| **確認先**病院名・学校名会社名等を記入してください | （TEL:　　－　　　－　　　　） | （TEL:　　－　　　－　　　　） |

　【理由番号】①就労（出張・転勤含む）　　②疾病（入・通院）　　③出産　　④親族の介護⑤就学前の兄弟姉妹の育児　　⑥保護者自身の障害　　⑦高齢に伴う身体機能の低下⑧保護者等一人では対応できない場合（対象者等の行動障害が顕著である等。ただし、ヘルパー１名＋保護者等を原則とします。）**※□　障害者本人が独居である場合（ＧＨ入居を含む）はこちらにチェックしてください。** | □ |

**５．利用範囲について**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用日数等 | 行き | 帰り | □ |
| 通学支援 | 週　　　　日片道　　　　分 | **□**　自宅～学校**□**　自宅～バス停・駅**□**　その他（　　　　　　～　　　　　　　） | **□**　学校～自宅**□**　バス停・駅～自宅**□**　その他（　　　　　　～　　　　　　　） |
| 通所支援 | 週　　　　日片道　　　　分 | **□**　自宅～事業所**□**　自宅～バス停・駅**□**　学校～事業所**□**　その他（　　　　　　～　　　　　　　） | **□**　事業所～自宅**□**　バス停・駅～自宅**□**　その他（　　　　　　～　　　　　　　） | □ |

**６．同意欄**

|  |
| --- |
| ○通学通所支援の利用申請にあたり、上記の内容について調査を行います。○調査の結果、利用要件を満たしていない場合は、通学通所支援の利用が認められない場合があります。上記の事項について同意・確認します。　サービス利用者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印（サービス利用者が１８歳未満の場合は保護者氏名）　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地区担当ＣＷ確認欄 | 確認日：　　　　　年　　　　月　　　　日 | 利用の可否：　　可　／　否　 | 確認者印　　 |
| 移動支援担当確認欄 | 確認日：　　　　　年　　　　月　　　　日 | 利用の可否：　　可　／　否　 | 確認者印　　 |