**通学通所に係る申告書兼同意書**

**更　新**

記入日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

１.利用希望支援　及び　通学通所先について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望支援 | 　●利用を希望する支援を選択してください　　　□　通学支援　　　□　通所支援　　　□　通学通所支援（両方） | □ |
| 通学通所先 | 　●通学通所先の名称をご記入ください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | □ |

2.介護者の状況について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 保護者 | 保護者 | 独居障害者 | □ |
| 保護者氏名 |  |  |
| 理由該当するものにチェックをしてください（複数選択可） | * 就労（出張・転勤を含む）※
* 入・通院中※

※下記「確認欄」に勤務先もしくは医療機関名を記入してください。□　出産　　　□　親族の介護□　就学前の兄弟姉妹の育児□　保護者自身の障害□　高齢に伴う身体機能の低下□　保護者一人での対応が困難（対象者等の行動障害が顕著である場合等。ただし、「ヘルパー１名+保護者」による２名での支援を原則とします。 | * 就労（出張・転勤を含む）※
* 入・通院中※

※下記「確認欄」に勤務先もしくは医療機関名を記入してください。□　出産　　　□　親族の介護□　就学前の兄弟姉妹の育児□　保護者自身の障害□　高齢に伴う身体機能の低下□　保護者一人での対応が困難（対象者等の行動障害が顕著である場合等。ただし、「ヘルパー１名+保護者」による２名での支援を原則とします。 | □独居であるため（グループホーム含む）支援者が不在 |
| 確認先理由欄で「就労」、「入・通院」を選択した方のみご記入ください。 | 勤務先もしくは医療機関名TEL　　　　　－　　　　　－ | 勤務先もしくは医療機関名TEL　　　　　－　　　　　－ |  |

3.同意欄

|  |
| --- |
| 〇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。〇調査の結果、利用要件を満たしていない場合は、通学通所支援の利用を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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（サービス利用者が１８歳未満の場合は保護者氏名） |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当確認欄 | 確認日：　　　　年　　　月　　　日 | 利用可否：可　・　否 | CW印 |  | 担当印 |  |