

年 月 日

日中一時支援事業補助対象確認申請書付表

障害者等氏名： 記入者氏名： (関係)

本人の状況	日常生活の状況(該当するものを○で囲んでください)	
	移動	・自分でできる ・つえ、歩行器の使用 ・自分でできない
	着脱衣	・自分でできる ・手を貸せば着脱できる ・ボタンかけなどができない ・全部介助が必要
	入浴	・自分でできる ・浴槽の出入りに介助が必要 ・洗身の介助が必要 ・全部介助が必要
	起き上がり	・自分でできる ・何かにつかまって起き上がる ・全部介助が必要
	排泄	・自分でできる ・常時オムツ使用 ・夜間はオムツ使用
	聴力	・普通に聞こえる ・大きな声で話すと聞こえる ・全く聞こえない
	視力	・全く見えない ・ぼんやり見える ・普通に見える
	調理(後付け)	・自立 ・一部介助 ・全介助
	掃除	・自立 ・一部介助 ・全介助
	整理・整頓	・自立 ・一部介助 ・全介助
	金銭管理	・自立 ・一部介助 ・全介助
	行動障害	・多動(あり・なし) ・こだわり(あり・なし) ・睡眠障害(あり・なし) ・自傷他害(あり・なし) ・その他()
	意思の伝達	・言葉で伝えることができる ・言葉以外で伝えることができる ・伝えることができない

	<table border="1"> <tr> <td>他者からの意思伝達を理解</td><td> ・おおむね理解できる ・簡単ことだけ理解できる ・理解が難しい </td></tr> <tr> <td>疾 病 等</td><td> 病名 _____ 病院 _____ </td></tr> </table>	他者からの意思伝達を理解	・おおむね理解できる ・簡単ことだけ理解できる ・理解が難しい	疾 病 等	病名 _____ 病院 _____
他者からの意思伝達を理解	・おおむね理解できる ・簡単ことだけ理解できる ・理解が難しい				
疾 病 等	病名 _____ 病院 _____				
介 護 者 の 状 況	有り(氏名 _____ 関係 _____) ・ 無し 心身及び就労状況等				
利 用 目 的	利用目的(利用する回数の見込等も具体的に記入してください。例 放課後は月〇回、長期休暇中は月〇回)				
利 用 希 望 日 数	1月当たり _____ 日				
利 用 予 定 事 業 実 施 者 名					
障 害 者 福 祉 担当者等の意見 担当者 職名 氏名	(この欄は記入しないでください。) 1 利用者の確認結果及び理由 2 重心 該当 ・ 非該当 (強度行動障がい 該当・非該当) 3 補助対象利用上限日数 1月当たり _____ 日 4 世帯の市町村民税課税状況				