

(仮称) こども発達支援センター 利用に関する説明会

日時：平成28年5月13日（金）

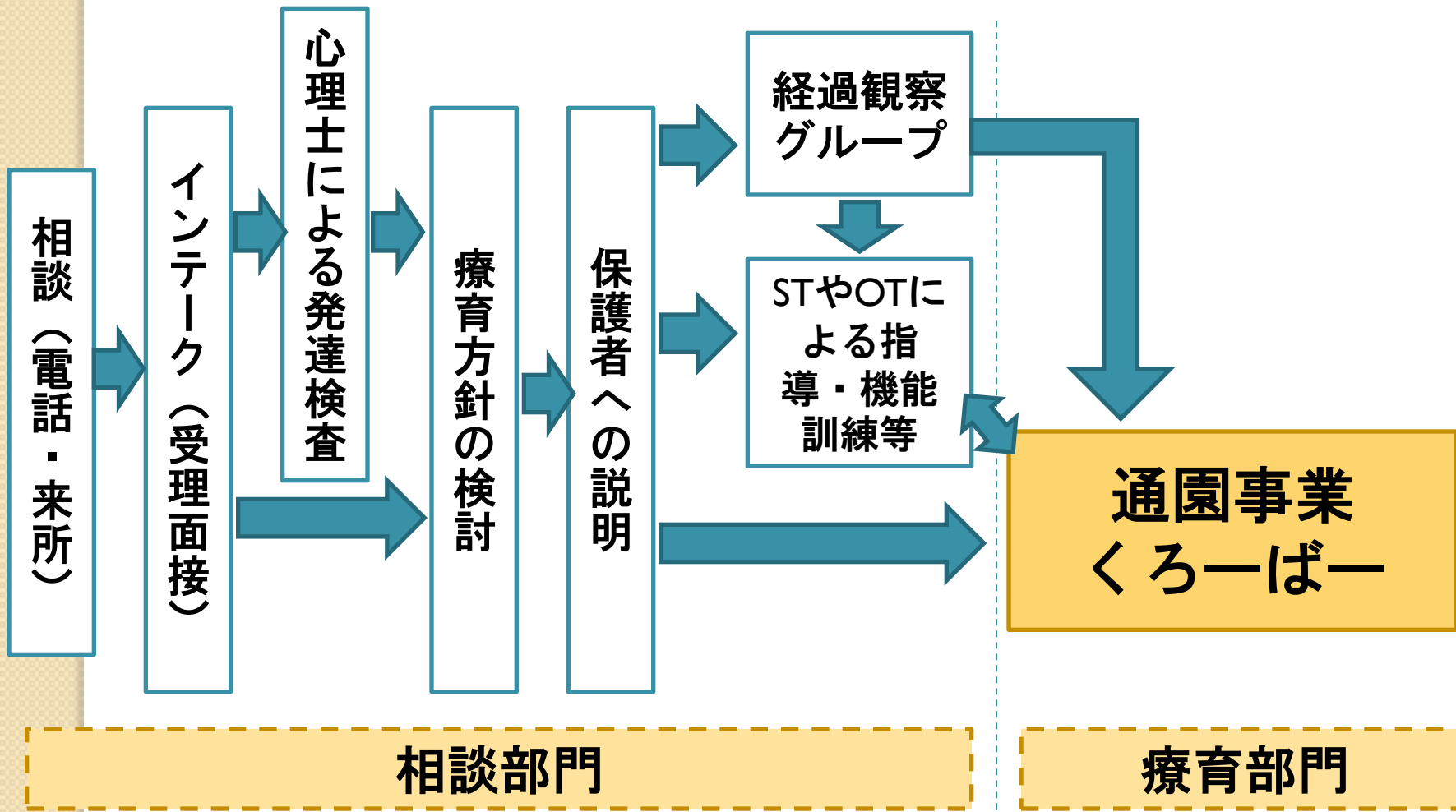
平成28年5月16日（月）

10時15分～11時45分

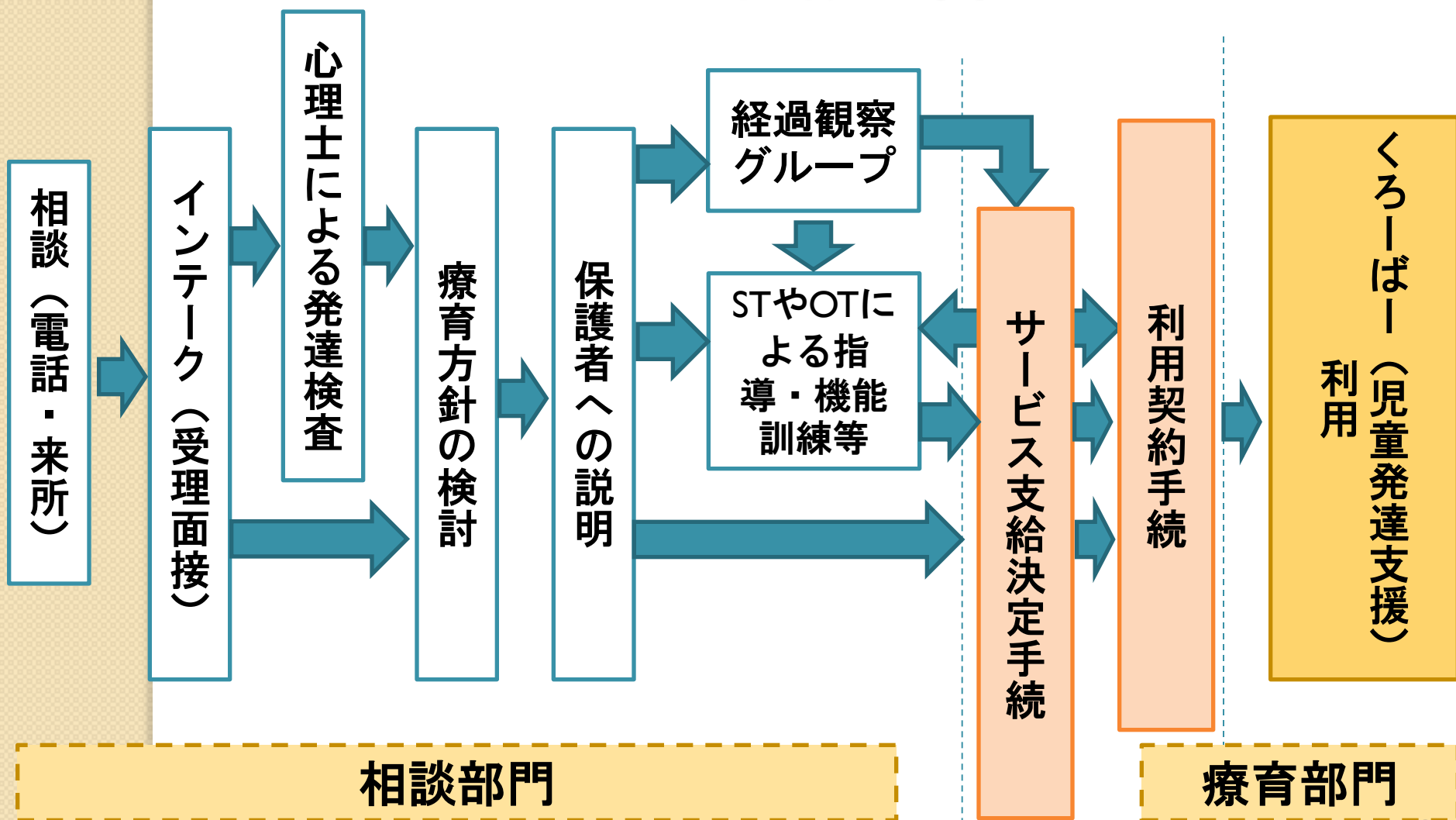
場所：福祉会館／体験学習施設スマイル

逗子市障がい福祉課

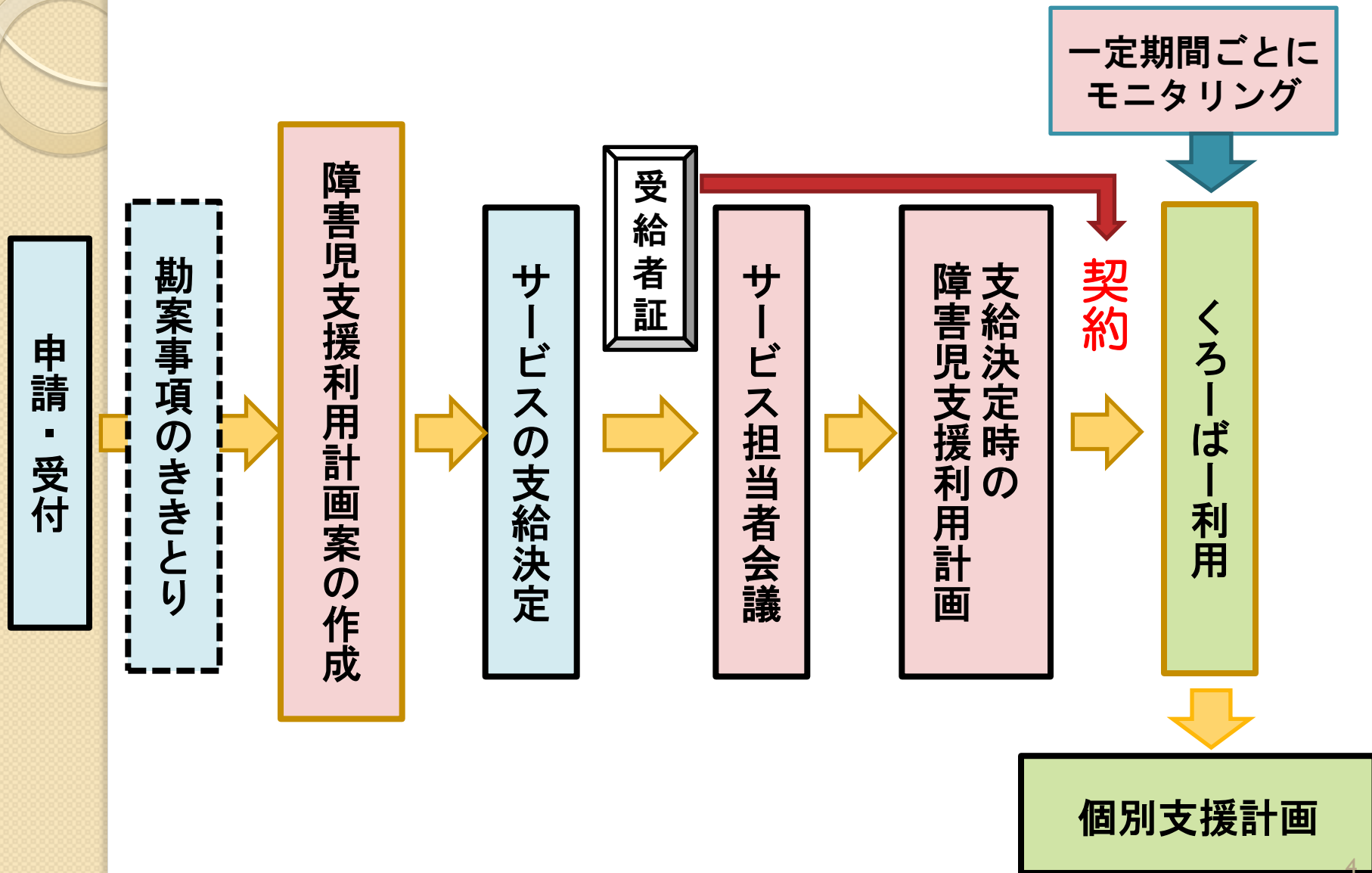
相談から利用までの主な流れ (平成28年4月からセンター開設まで)



相談から利用までの主な流れ (センター開設以降)



サービス支給決定手続



障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（表面）

第1号様式（第3条関係）

障害児通所給付費支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

逗子市長

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	居住地	〒 ー		電話番号 ()		
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	支給申請に係る児童氏名			続柄		
	身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号	精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名
	被保険者証の記号及び番号 (※)			保険者名及び番号 (※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
-----------	----------------	-----------------

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するため必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、逗子市長から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

印

障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（裏面）

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 _____ 電話番号 () _____		

申請 する 減 免 の 種 類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 次の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 次の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 _____ 電話番号 () _____		

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

第18号様式(第18条関係)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

選子市長

次のとおり申請します。

年 月 日

申 請 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
者	居 住 地	〒 ー		
		電話番号 ()		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	申 請 に 係 る 児 童 氏 名		続 柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)			
フリガナ		申 請 者 との関係		
氏 名				
住 所	〒 ー			
	電話番号 ()			

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

第19号様式(第18条関係)

計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

蓮子市長

次のとおり届け出します。

年 月 日

区分 新規・変更

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	〒 ー		
			電話番号 ()	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	申請に係る 児童氏名		続柄	

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住所	
	電話番号 ()

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由(変更の場合に記載)

変更年月日 年 月 日

勘案事項のききとり

支給決定の際 の勘案事項

心身の状況

家族や家庭の状況

幼稚園や保育園等での状況

通院状況など医療情報

サービス利用に関する希望の具体的内容

くろーばー以外の事業所との調整状況

通所受給者証

(一)

通所受給者証	
受給者証番号	0000000000
通所給付決定保護者	居住地
	フリガナ
	氏名
	生年月日
児童	フリガナ
	氏名
	生年月日
交付年月日	平成 年 月 日
支給市町村名 及び 印	142083 冠子市長 249-8886 神奈川県冠子市 冠子2-2-38 福祉課福祉がい福祉課 障がい福祉係 092-972-1110内

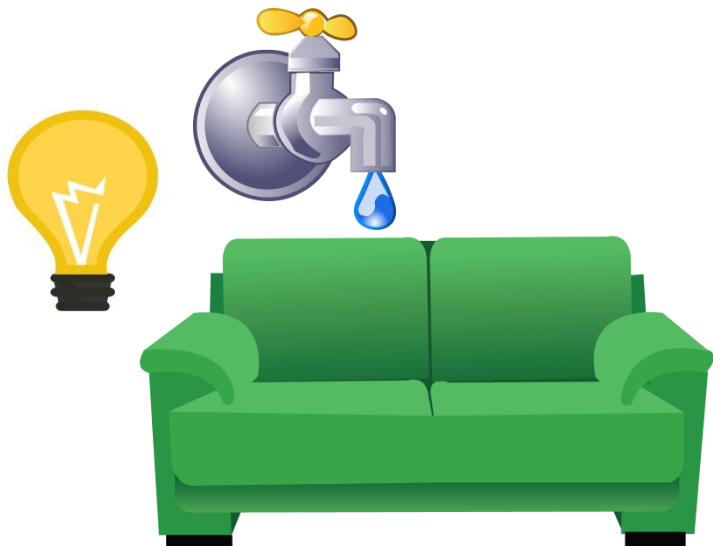
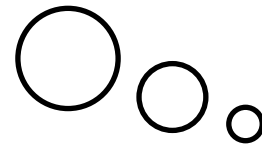
(三)

障害児通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
予備欄	

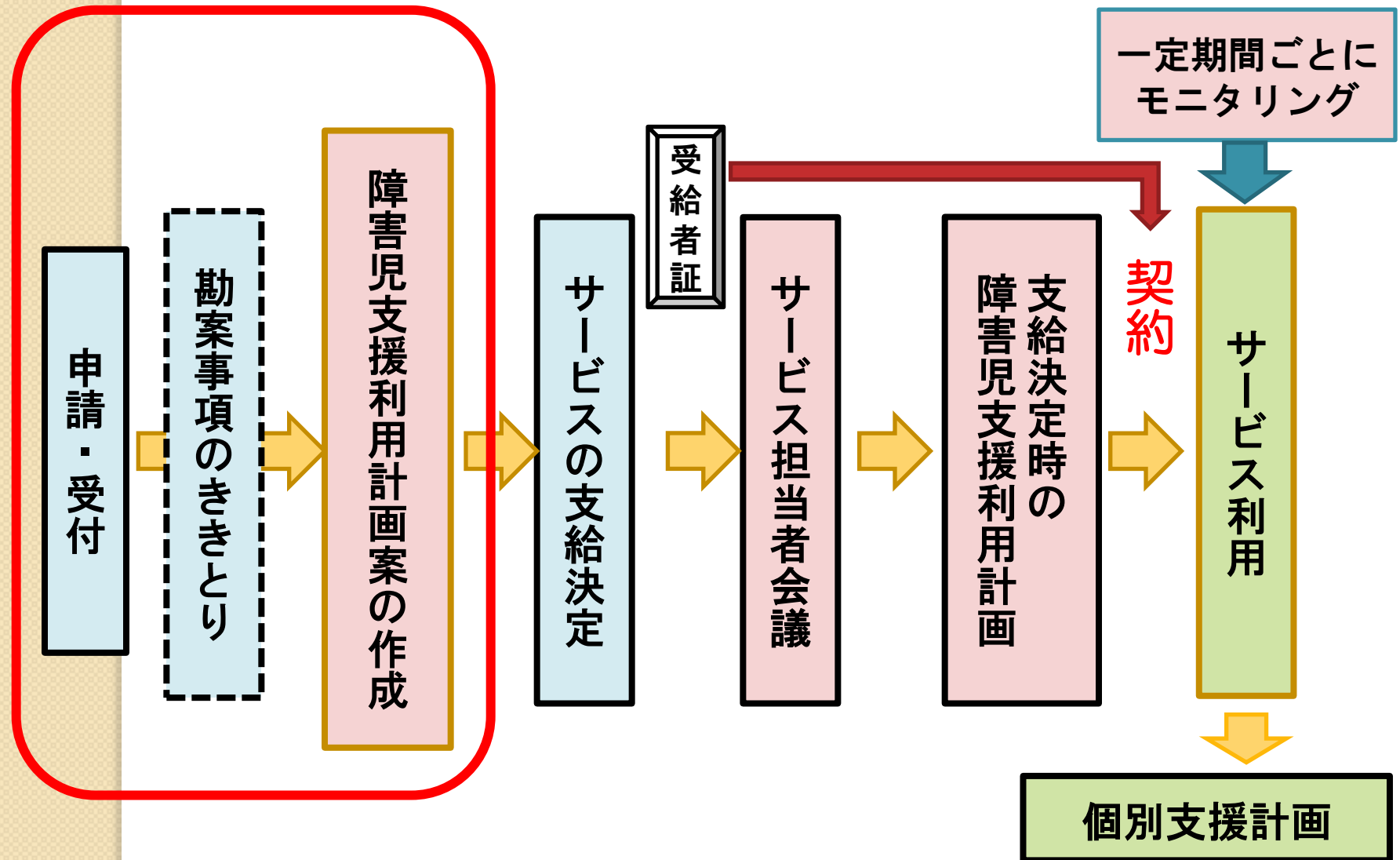
(五)

利用者負担に関する事項	
負担上限 月額	円
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
食事提供体制加算対象者	
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	

障害児支援利用計画のイメージ (家の設計になぞらえて)



サービスの利用申請・勘案事項のききとり・障害児支援利用計画案作成のための面談を一度に行います



面談の時期等について

予約の受付期間

- ・平成28年5月17日（火）から平成28年5月27日（金）まで
- ・受付電話番号：046-872-6051（8：30～17：00）

面談の期間

- ・平成28年7月19日（火）から平成28年7月25日（月）まで
- ・平成28年8月15日（月）から平成28年8月19日（金）まで
- ・平成28年9月12日（月）から平成28年9月16日（金）まで
- ・時間は次の4コマのうちのいずれか
①9：30～10：30②10：45～11：45③13：30～14：30④14：45～15：45

面談の場所

- ・福祉会館2階相談室

所要時間の目安

- ・約1時間

当日の対応者

- ・障がい福祉課職員、相談支援事業所職員、療育相談員、くろーば一職員

利用者負担

- 児童福祉法に基づく利用者負担があります。

利用者負担額	
児童発達支援	800円程度／回
放課後等デイサービス	700円程度／回

利用者負担の軽減策

世帯の収入状況	負担上限月額
市民税非課税世帯	0円
市民税課税世帯 (市民税所得割28万円未満)	4,600円
市民税課税世帯 (市民税所得割28万円以上)	37,200円

※なお、高額障害福祉サービス等給付費の支給などにより、さらに負担が軽減される場合があります。

この説明会における障害児とは

0歳～18歳まで障がいのあるお子さんや発達に心配があり、支援を必要としているお子さんです。

（仮称）こども発達支援センターにおけるくろーばー（児童発達支援）の利用には、制度上障害児通所支援という名称を使用しています。