（判定依頼書様式）

福発　第　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

県庄内児童相談所長　　　　　　　　様

県知的障害者更生相談所庄内支所長

鶴岡市福祉事務所長

**判定依頼書**

　障害福祉サービスの支給要否決定を行うにあたり必要ですので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第２２条第２項の規定に基づき判定を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市町村名 | 鶴岡市 | 氏名 |  |
| 住所 |  | 保護者名 |  |
| 判定依頼事項 | ・重症心身障害児（者）の認定について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳 | 交付年月日 | 番号 | 障害名 | 等級 |
|  |  |  |  |

 |
| 添付資料 | ・同意書・その他（医師意見書　　　　　　　　　　　　　　他） |

※市町村が求めた医師の診断書その他参考となる書類を添付するものとする。

（判定依頼書様式　同意書）

**同　　　意　　　書**

　障害福祉サービスを利用するにあたり、支給要否決定等のために、重症心身障害児（者）の認定についてを行うにあたり（山形県福祉相談センター、山形県庄内児童相談所又は山形県知的障害者更生相談所庄内支所）で判定を受けることと、その結果を鶴岡市長に提供することに同意します。

　　平成　　年　　月　　日

山形県福祉相談センター所長

山形県庄内児童相談所長　　　　　　　　殿

山形県知的障害者更生相談所庄内支所長

（記入者）

住所

氏名

障害者との関係

**様式１**

**訓練等給付及び地域移行支援受給者の**

**継続利用にあたって必要となる資料の確認シート**

※本票は受給者ごとに作成願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | 　 | 受給者証番号 |  |
| 利用者住所 |  | 連絡先電話等 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | 担当者氏名 |  | 電話番号 |  |

提出物（□にㇾ点してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 標準利用期間を超えてサービスの継続利用を希望する場合(地域移行支援は給付決定期間) | □　理由書（様式２）□　個別支援計画□　個別支援計画のモニタリング票□　サービス等利用計画（基本的情報の記録を含む）□　サービス担当者会議の記録□　利用期間延長にかかる個別支援計画（案） |
| 上記以外のサービスの継続利用の場合 | □個別支援計画□個別支援計画のモニタリング票※個別支援計画に基づく支援実績やサービス管理責任者による評価がわかるもの |

**様式２**

**訓練等給付（標準利用期間経過後の更新）又は**

**地域移行支援（給付決定期間経過後の更新）に係る理由書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 事業所名 |  | 電話番号 |  |
| 記入者 | 職 | 氏名 |  |
| 対象者 | 氏名 |  | 受給者番号 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 支援区分 | 区分 | 利用サービス |  |
| 生年月日 | 　年　月　日 | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 訓練等給付に係る標準利用期間経過後の更なる更新が必要と認める事業所の理由(地域移行支援においては給付決定期間後) |  |
| 利用者及び家族等の更新に対する意向 |  |

　上記について、事業者又は事業所として確認し、別添資料を添付の上、この理由書を提出します。

平成　　年　　月　　日

鶴岡市長あて

事業者又は事業所

所在地

名称

代表者氏名 ㊞

（代表者印又は事業所印で押印願います）

**様式２**

**記入例**

**訓練等給付（標準利用期間経過後の更新）又は**

**地域移行支援（給付決定期間経過後の更新）に係る理由書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 事業所名 | 就労系サービス事業所　ワークマン | 電話番号 | 12-3456-7890 |
| 記入者 | 職　サービス管理責任者 | 氏名 | 鶴岡太郎 |
| 対象者 | 氏名 | 鶴ヶ丘　鶴子 | 受給者番号 | ０８７６５４３２１ |
| 住所 | 鶴岡市馬場町9番26号 | 電話番号 |  |
| 支援区分 | 区分 | 利用サービス |  |
| 生年月日 | Ｓ４０年１１月１１日 | 年齢 | ５１歳 | 性別 | 女 |
| 訓練等給付に係る標準利用期間経過後の更なる更新が必要と認める事業所の理由(地域移行支援においては給付決定期間後) | サービス開始当初は、通所することがなかなかできなかったが、通所の困難さについて本人からアセスメントし、検討や対応方法など、本人を含めてサービス事業所及び家族で話し合いを行い、その内容に沿って、事業所内での支援及び家庭内での支援を明確化させた。現在は、徐々にではあるが、通所することができるようになっており、最近は、指定日に必ず通所することができるようになった。あわせて、就労のための支援として、事業所内での作業等にも積極的に参加することができるようになった。一つひとつの作業を言葉・絵・ジェスチャー等を織り込みながら、本人が一番理解し易いものを見つけ、この方法以外にも一般生活で必要となる理解力の醸成に努め、少しずつ、理解し始めているところである。現在は、上記の段階までの支援であったが、この対象者は、支援力の強化により潜在的な能力があると見込んでおり、今後は職業訓練として実習や対人コミュニケーション力を付けさせることにより、就労が実現できるものと考えている。このため、企業実習に当たっては、障害者に理解のある企業やハローワークとの連携を密にするとともに、当事業所内のスタッフ一体となった計画及び支援により本人に対する実習等の課題への対処を行い、就労へ結び付けたいと考えている。併せて、社会人としての日常生活の確立に向けて、家族への生活上の支援を計画上に位置付け、定期的（３ヶ月毎）な連絡体制により、社会生活及び日常生活の課題を克服させたいと考えている。以上の内容から、今後１年をかけて実践できる対象者であると考え、更新の必要性を切に希望するものである。 |
| 利用者及び家族等の更新に対する意向 | 就労に向けて本人も努力し家族の協力体制も整っているところである。母親は定期的に施設を訪問し、支援計画の実施状況や課題について理解しており、家庭においても社会性の定着のための協力を得ているところである。本人、家族ともに就労への意欲が高まっており、今回の継続について切に希望しているところである。 |

　上記について、事業者又は事業所として確認し、別添資料を添付の上、この理由書を提出します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

鶴岡市福祉事務所長

事業者又は事業所所在地

名称就労系サービス事業所　ワークマン

代表者氏名　華族　独一人 ㊞

（代表者印又は事業所印で押印願います）

**一般就労している者の日中活動サービス利用にかかる協議書**

平成　　年　　月　　日

鶴岡市福祉事務所長　様

（届出者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所在地 |  | 電話番号 |  |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| 事業種別 |  | 施設長・管理者 | 　　　　　　　印 |

一般就労している次の者の日中活動サービス利用について下記のとおり協議します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 対象者氏名 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 障害福祉サービス受給者証 | 有（番号：　　　　　　　　　　　　 ） ・ 無 |
| 就労先企業名 |  | 就　職年月日 | 年　　月　　日　 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 勤務日と日中活動サービス利用予定日 | 曜日 | 勤務先の勤務時間※１ | 施設（事業所）利用予定時間※２ |
| 月 | ：　 ～　 ： | ｈ | ：　 ～　 ： | ｈ |
| 火 | ：　 ～　 ： | ｈ | ：　 ～　 ： | ｈ |
| 水 | ：　 ～　 ： | ｈ | ：　 ～　 ： | ｈ |
| 木 | ：　 ～　 ： | ｈ | ：　 ～　 ： | ｈ |
| 金 | ：　 ～　 ： | ｈ | ：　 ～　 ： | ｈ |
| 土 | ：　 ～　 ： | ｈ | ：　 ～　 ： | ｈ |
| 日 | ：　 ～　 ： | ｈ | ：　 ～　 ： | ｈ |
| 計 | 週**［　　］**日　**［　　］**時間※３ | 週**［　　］**日利用予定※４ |
| 勤務先企業等が当該日中活動サービス事業所の利用を承認しているか | **□** | 承認を受けている | **□** | 承認を受けていない |
| 日中活動サービスの利用が必要な理由について（具体的に記載。スペースが足りない場合は別紙で可） |

※１　左欄は始業・終業時間を、右欄は休憩時間を除く勤務時間数を記載してください。

２　左欄はサービス利用開始・終了時間（予定）を、右欄は利用時間数を記載してください。

３　「週20時間未満の場合」（Ａ）、もしくは「週4日以内の勤務日数で週20時間以上30時間未満」（Ｂ）の場合に限り、日中活動サービスの利用が可能です。

４　1回あたり３時間以上サービス利用される場合に限られます。また、３の（Ａ）の場合は、週5日まで利用が可能。（Ｂ）の場合は、「５日から勤務日を控除した日数」の利用が可能です。

意見書の提出依頼様式（ひな形）

福　発　第　　　　　号

平成　　年　　月　　日

　児童相談所長　様

鶴岡市福祉事務所長

児童の障害福祉サービス利用に関する意見書について（依頼）

日頃より、当市の福祉行政につきましてご理解とご協力を賜り感謝申し上げます。

さて、下記対象児童（保護者）から障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「法」という。）に基づく障害者のみを対象とする福祉サービスの利用希望がありましたので、児童福祉法第６３条の２及び３に基づき貴所より意見を求めるものです。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象児童名 |  | 生年月日（年齢） |  |
| 保護者名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  |
| 意見を求める理由 |  |