強度行動障がい者支援施設等サポート事業利用申請書（通所施設申請用）

（様式５－１）

令和　年　月　日

（宛先）静岡市長

所在地

事業所名

申請者

代表者

連絡先

　強度行動障がい者支援施設等サポート事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

【基本情報】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | | |
| 住所 | | | 連絡先 | | |
| 対象者の  イニシャル |  | 男・女 | 年代 | 歳代 | | |
| ⇒  該当に〇 | 前半 | 後半 |
| 住所（区名まで） | 市　　　　　　　区 | | | | | |
| 利用している  サービス利用頻度等 |  | | | | | |

【障害に関する状況】

|  |  |
| --- | --- |
| 障害種別等 | 身体(肢体・視覚・聴覚・内部・その他　　　　　)  知的・精神・発達・その他( ) |
| 障害名又は疾患名等 |
| 身体障害者手帳等級 | なし ・ １級 ・ ２級 ・ ３級 ・ ４級 ・ ５級 ・ ６級 |
| 療育手帳等級 | なし ・ Ａ ・ Ｂ |
| 精神障害者手帳等級 | なし ・ １級 ・ ２級 ・ ３級 |
| 障害支援区分 | １　・　２　・　３　・　４　・　５　・　６ |
| 【特記事項】 | |

※申請に係る個人情報の提供については、利用契約書において関係機関との情報共有について本人または保護者の同意を得ていることを確認してください。

※記載しにくい箇所は省略していただいてかまいません。

【困っていること】

|  |
| --- |
|  |

【支援の状況】

|  |
| --- |
|  |

【家族の状況】

|  |
| --- |
|  |

【希望する実施期間】

|  |
| --- |
|  |

【アドバイスを受けたい事項等】

|  |
| --- |
|  |

強度行動障がい者支援施設等サポート事業利用申請書（関係機関申請用）

（様式５－２）

令和　年　月　日

（宛先）静岡市長

所在地

申請者

事業所名

代表者

連絡先

　強度行動障がい者支援施設等サポート事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

【派遣先】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 派遣の希望  （該当に〇） | 派遣先 | 所在地 |
|  | 対象者の自宅 |  |
|  | 施設名： |  |
|  | その他関係機関名： |  |

※アドバイザーの派遣について、必ず派遣先の同意を得てから申請してください。

【対象者の基本情報】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者の  イニシャル |  | 男・女 | 年代 | 歳代 | | |
| ⇒  該当に〇 | 前半 | 後半 |
| 住所（区名まで） | 市　　　　区 | | | | | |
| 利用している  サービス利用頻度等 |  | | | | | |
| 申請者からみた  対象者の立場 | （例）「利用者」など | | | | | |

【障害に関する状況】

|  |  |
| --- | --- |
| 障害種別等 | 身体(肢体・視覚・聴覚・内部・その他　　　　　)  知的・精神・発達・その他( ) |
| 障害名又は疾患名等 |
| 身体障害者手帳等級 | なし ・ １級 ・ ２級 ・ ３級 ・ ４級 ・ ５級 ・ ６級 |
| 療育手帳等級 | なし ・ Ａ ・ Ｂ |
| 精神障害者手帳等級 | なし ・ １級 ・ ２級 ・ ３級 |
| 障害支援区分 | １　・　２　・　３　・　４　・　５　・　６ |
| 【特記事項】 | |

【困っていること】

|  |
| --- |
|  |

【支援の状況】

|  |
| --- |
|  |

【希望する実施期間】

|  |
| --- |
|  |

【アドバイスを受けたい事項等】

|  |
| --- |
|  |

※記載しにくい箇所は省略していただいてかまいません。

強度行動障がい者支援施設等サポート事業利用申請書（保護者等申請用）

（様式５－３）

令和　年　月　日

（宛先）静岡市長

住所

申請者

氏名

連絡先

　強度行動障がい者支援施設等サポート事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

【派遣先】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 派遣の希望  （該当に〇） | 派遣先 | 所在地 |
|  | 対象者の自宅 |  |
|  | 施設名： |  |
|  | その他関係機関名： |  |

※アドバイザーの派遣について、必ず派遣先の同意を得てから申請してください。

【対象者の基本情報】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者の  イニシャル |  | 男・女 | 年代 | 歳代 | | |
| ⇒  該当に〇 | 前半 | 後半 |
| 住所（区名まで） | 市　　　　区 | 申請者から見た  対象者の続柄 | |  | | |
| 利用している  サービス利用頻度等 |  | | | | | |

【障害に関する状況】

|  |  |
| --- | --- |
| 障害種別等 | 身体(肢体・視覚・聴覚・内部・その他　　　　　)  知的・精神・発達・その他( ) |
| 障害名又は疾患名等 |
| 身体障害者手帳等級 | なし ・ １級 ・ ２級 ・ ３級 ・ ４級 ・ ５級 ・ ６級 |
| 療育手帳等級 | なし ・ Ａ ・ Ｂ |
| 精神障害者手帳等級 | なし ・ １級 ・ ２級 ・ ３級 |
| 障害支援区分 | １　・　２　・　３　・　４　・　５　・　６ |
| 【特記事項】 | |

※記載しにくい箇所は省略していただいてかまいません。

【困っていること】

|  |
| --- |
|  |

【支援の状況】

|  |
| --- |
|  |

【希望する実施期間】

|  |
| --- |
|  |

【アドバイスを受けたい事項等】

|  |
| --- |
|  |