

# 確認票

障害児通所サービス受給者証の更新に係る支給量の変更及び現在の対象児童の様子について、以下のとおり確認しました。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

対象児童氏名 播磨 一郎

保護者（確認者）氏名 播磨 太郎 ( 番替 )

連絡先 079-435-2362

①更新の意向について、  
チェックをしてください。

②更新を希望される場合は、  
続けてチェックをしてください。

②' 支給量の変更を希望される  
場合は、日数の増減についても  
チェックしてください。

【更新の意向確認】 ※該当箇所にチェックしてください。

- 更新を希望しません。（※ここで記入は終了です。）
- 更新を希望します。⇒  支給量の変更を希望しません。  
⇒  支給量の変更を希望します。（ 日数増  日数減）

③更新を希望される場合は、  
チェックをしてください。

更新を希望される場合は、次の確認欄もチェックしてください。

【確認欄】 ※該当箇所にチェックしてください。

- 対象児童の現在の様子は、前回調査時から変わりありません。
- 対象児童の現在の様子は、前回調査時から変わっています。

※下記に関する事項を参考に、現在の対象児童の様子をご確認ください。

- ・身体状況：視力、聴力、麻痺・筋力低下、拘縮、手指の動きなど
- ・日常生活関連動作：食事行為、排泄行為、入浴、歩行、移動、衣服の着脱など
- ・意思疎通手段：意思表示・手段、他者からの伝達理解、緊急時の対応など
- ・行動障害：対人関係、自傷他害、こだわり、多動、睡眠障害、学習障害など

※支給量の変更を希望される場合や対象児童の現在の様子が、前回調査時から変わっている場合は、対象児童及び保護者から聴き取りをさせていただく場合があります。

## 【問合せ・提出先】

〒675-0182

加古郡播磨町東本荘1丁目5番30号  
播磨町福祉グループ

電話番号 079-435-2362

ファックス 079-435-0831