* **居宅訪問型児童発達支援とその他児童通所支援サービスの併用に係る理由書**

記入日：　　　　　　　事業所名：　　　　　　　　　　　　記入者　：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者名 |  | 性 別 | 生年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　） |
|  |
| 障害種別 | □身体（　　級）　　□知的（　　　　　　　）　□難病□精神（　　　級・自立支援医療）　　□児童（手帳を有していない方） |
| 診断書等 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在利用しているサービスの種類 |  |
| 児童発達支援等移行への併用に必要な支給量 | 居宅訪問型児童発達支援（　　　日/月）その他通所サービス　（　　　　日/月） |
| 併用理由 | **【児童の心身の状況】**□人工呼吸器を装着している状態その他日常生活を営むために医療を要する状態にある児童□重い疾病のため感染症にかかる恐れがある児童□精神障害や行動障害により外出や集団生活が著しく困難である児童（不登校も含む）・心身の状況の詳細及び併用が必要な理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**【併用することでの効果】**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**【通所利用する上での医師からの意見】** |
|  | **【具体的な移行スケジュール（移行予定の場合のみ記入）】**※記入例については裏面をご参照ください。移行期間（支給期間）：（　　　　　　　）**上記移行期間を要する理由** |

※通所利用時の送迎方法や療育プログラム参加時の留意事項、緊急時対応・体制（ケガ、病状の悪化時）などの留意事項がありましたら、計画案の【その他留意事項】へ記載ください。

**【具体的な移行スケジュールの記入例】**

　例）居宅訪問型児童発達支援から児童通所サービスへの移行を、1年で想定した場合

　1か月目～3か月目：居宅訪問型児童発達支援　○日/週

　　　　　　　　　　　児童発達支援　○日/週

　4か月目～6か月目：居宅訪問型児童発達支援　○日/週

　　　　　　　　　　　児童発達支援　○日/週

　7か月目～9か月目：居宅訪問型児童発達支援　○日/週

　　　　　　　　　　　児童発達支援　○日/週

　10か月目～12か月目：居宅訪問型児童発達支援　○日/週

　　　　　　　　　　　　児童発達支援　○日/週

※上記は一例になります。

移行期間や週利用日数等については、利用者やご家族とご相談の上記入していただきますようお願いいたします。