　加西市障害児タイムケア事業利用申請書兼誓約書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

加　西　市　長　様

　　　　　　　　　　　　申　込　者　住所

　　　　　　　　　　　　　　 (保護者)氏名

　　　　　　　　　　　　　　 (自　宅)電話

　　　　　　　　　　　　(緊急連絡先１)電話　　　　　　　　　（　　　　）

　　　　　　　　　　　　(緊急連絡先２)電話　　　　　　　　　（　　　　）

　　　　　　　　　　　　(ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ)

　加西市タイムケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

なお、利用するにあたり下記事項について誓約いたします。

①利用者負担金については定められた期日までに納付します。もし納付しない場合は、利用許可を取り消されても異議はありません。

②指導員、補助員等が障害児の障害に配慮し、かつ常識的な援助を行っている限りにおいては、万が一不慮の事故・負傷等があっても、指導員、補助員等及び加西市に対して責任を問いません。(ただし、事故や負傷が指導員や補助員の故意又は過失による場合を除く。)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  用  者 | 学 校 名  及び学年 | | 小学校　　　中学校　　　高等学校　新　　　年生  加西特別支援学校（小学・中学・高等）　　新　　　年生 | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | |
| 性　　別 | | 男・女 | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 障 害 児  の 状 況 | | 障害者手帳　身体(　 )級　療育(　 )判定　精神( 　)級  その他裏面利用者状況表のとおり | | | | | |
| 同居親族等 | 氏　　名 | | | 年齢 | | 続柄 | 特　記　事　項 | |
|  | | |  | |  |  | |
|  | | |  | |  |  | |
|  | | |  | |  |  | |
|  | | |  | |  |  | |
|  | | |  | |  |  | |
| 利用期間 | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 利用予定 | | 週1回・週2回・週3回・週4回・週5回 | | | | | | |
| 月　・　火　・　水　・　木　・　金 | | | | | | |

1　緊急連絡先は必ず記入してください。

2　障害者手帳の写しを添付してください。　　　　　　　　　　　裏面に続く

(裏面)

利　用　者　状　況　表

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日作成

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ 日常生活動作の状況(いずれかに○) | | | | | 利用者氏名 | | |  | |
|  | 自　立 | 一 部 介 助 | | | | | | | 全 介 助 |
| 歩  　　行 | 1　普通に歩ける | 2　杖等を使用し時間がかかるが自分でできる | | | | 3　付き添いがあれば歩ける | | | 4　歩行不可能 |
| 3-2　車イスを利用 | | |
| 必要な介助 | | | | | | | | |
| 排  　泄 | 1　自分で昼夜ともトイレでできる | 2　介助があれば自分でできる(声かけ・時間誘導) | | | | | | | 3　自分ではできない |
| 必要な介助 | | | | | | | | |
| 排泄から排泄までの間隔 | | 排尿 | 約 時間　分 | | | 排便 | | 約 　日　 時間 |
| 食  　事 | 1　自分で箸で食べる | 2　スプーン等を使用すれば自分で出来る | | | | 3　スプーン等を使用し、一部介助すれば自分でできる | | | 4　自分ではできない |
| 必要な介助 | | | | | | | | |
| 洗面　歯磨き | 1　自分で出来る | 2　介助があれば自分でできる | | | | | | | 3　自分ではできない |
| 必要な介助 | | | | | | | | |
| 着  　脱 | 1　自分で着脱ができる | 2　時間がかかってもどうにか自分で着脱できる | | | | 3　手を貸せば自分で着脱ができる | | | 4　じぶんではできない |
| 必要な介助 | | | | | | | | |

２ 行動特性(てんかん発作等を含む)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 行動特性 | 内　　容 |  |
| 原因、動機 |  |
| 通常の対応 |  |

３ 医療

|  |  |
| --- | --- |
| かかりつけの医療機関やてんかんなどの治療中の病気がある場合、記入してください。 | |
| 医療機関の名称 | |
| 所在地 | 電話番号 |
| 主治医 | |
| 病名 | |
| 服薬中の薬の種類・服用方法(※特に昼食時の服用について) | |

４ その他参考事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 就寝・起床 | 朝　時頃　夜　時頃 | 基礎体温 | 度 |
| 夜　　　尿 | 無・有(時々・毎日) | 遊び趣味 |  |
| 偏　　　食 | 無・有(　　　　　) |
| アレルギー | 無・有(　　　　　) | 性格 |  |
| 意思の伝達 | できる・できない |
| 指示の理解 | できる・できない | 言葉 |  |