第１号様式（第３条関係）

　　年　　月　　日

　　　　区保健福祉センター所長　様

こども相談センター所長

里親等に委託されている児童に係る障がい児通所支援

又は障がい福祉サービスの利用について（通知）

　次の、里親・ファミリーホーム・乳児院・児童養護施設・児童心理治療施設に措置されている児童について、障がい児通所支援・障がい福祉サービスを利用することが適当と認められますので、関係書類を添えて通知します。

記

児童氏名

生年月日

里親等氏名（施設名）

住所

連絡先（電話）

（添付書類）

≪当該児童の状況等について≫

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名： | |
| 当該児童の障がいの状況 | |
|  | |
| 里親等における養育環境の状況 | |
|  | |
| 当該児童に係る支援方針 | |
|  | |
| 当該児童の目標（長期目標や、優先的重点的課題である短期目標など） | |
|  | |
| 障がい児通所支援または障がい福祉サービスの利用を必要とする理由 | |
|  | |
| 利用が適当と認められるサービスの名称等 | |
|  | |
| 所見（利用が適当なサービスの名称等を含めて記入） | |
|  | |
| 直近の自立支援計画作成日（見直し含む） | 年　　　　月　　　　日 |