

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）

《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