= = = = 医師意見書の様式は、任意です。次の欄を利用することもできます。 = = = =

児童通所支援などの利用にかかる医師意見書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載日　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 児童の名前生年月日 | 　　　　　　　　　　　　　（　　　　　年　　月　　日） |
| 住所 | 福山市　　　　　　　町 |
| 診断名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　※有している場合のみ |
| 想定される障がいの種別 | 身体　　知的　　精神　　発達　　　※○で囲ってください。 |
| 利用するサービス | 放課後等デイサービス　　　保育所等訪問支援行動援護　　　　短期入所　　　居宅介護日中一時支援　　　　移動支援　　　　　　　　　　　※○で囲ってください。 |
| 支援の必要性に係る所見 |  |
| 医療機関名及び医師の署名又は記名・押印 |  医療機関名　　医　師 　 　　　　　 印 |

**児童通所支援などの利用に係る医師意見書について**

次の１～４の全てに該当する**就学児**が、放課後等デイサービスや短期入所などを利用する場合は、**医師意見書**（様式任意）を提出してください。

１　身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳のいずれも所持していない児童

２　特別児童扶養手当など手当の受給対象児童でない児童

３　自立支援医療（精神通院）の受給者でない児童

　４　難病等に該当しない児童

【意見書に必要な項目】

　・診断名（有している場合のみ）

　　・想定される障がいの種別（身体・知的・精神・発達）　※必須

　　・放課後等デイサービスや短期入所など支援の必要性に係る所見　※必須

【問い合わせ】　福山市保健福祉局福祉部障がい福祉課（電話０８４‐９２８‐１２０８）

|  |  |
| --- | --- |
| 放課後等デイサービス | 学校の放課後や休業日（夏休み等長期休暇含む。）に、生活能力向上のための訓練等を行う。 |
| 保育所等訪問支援 | 学校等への訪問により、集団生活に適応するための専門的な支援を行う。 |
| 短期入所 | 自宅で介護する人が病気や不在のときに、短期間、施設において、食事、入浴、排泄等の介護を行う。（宿泊を伴う。） |
| 行動援護 | 知的障がい又は精神障がいにより、行動上著しい困難を有するときに、危険を回避するために必要な支援を行う。 |
| 居宅介護 | 居宅において、入浴、排せつ、食事等の介護や、調理、洗濯、掃除等の家事援助を行う。 |
| 日中一時支援 | 自宅で介護する人が病気や不在のときに、一時的に、施設において、食事、入浴、排泄等の介護を行う。（宿泊を伴わない。） |
| 移動支援 | 余暇活動等の社会参加のための外出に付き添い、介護を行う。 |