

児童の基本情報（セルフプラン用） 記載日： 年 月 日 記入者続柄： 母 父 その他（ ）

氏名		生年月日	年 月 日
通学・通園施設		学年	年 <input type="checkbox"/> 普通級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 支援級
普段の交通手段	<input type="checkbox"/> 電車・バス（最寄り駅・バス停まで 分） <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩		
障害または診断名		医療的ケア	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無
手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	自立支援医療	<input type="checkbox"/> 精神通院 <input type="checkbox"/> 育成医療
手当金の受給状況	<input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 重度障がい者在宅介護給付金		
家族構成（同居者）	ご家族に特別な事情のある場合	かかりつけ医	
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> きょうだい () <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他	(病気、障がい、単身赴任など)		
発達についての相談先相談先			
(保健センター、児童発達支援センター、カウンセリングなど)			
前回手続き時からの変化（例：自分から身の回りのことをするようになった、登校に前向きになった、〇〇の病気になり入院した）			
その他の情報（障がい福祉課に報告しておきたいことがあったら記載をしてください）			