

船橋市

【対象事業：生活介護】

添付資料 1 2 枚

申請書など 5 枚

添付資料 2 2 枚

サービス提供計画書 1 枚

【対象事業：放課後デイサービス・児童発達支援】

通知文 2 枚

児童への代替的サービス提供計画書 1 枚

添付資料 /

別紙①「臨時的に支給量を超える利用がある場合」**<導入>**

・本市では臨時的に支給量を超えてしまう場合について、放課後等デイサービスに関する通知を準用し、市町村の裁量により、一定期間の支給量の増加を認めることとしています。但し、あくまで臨時的な取り扱いとなりますので、コロナウイルスの蔓延が収束した際には、従前の支給量に戻す手続きも忘れずに行ってください。なお、必要な手続き・報酬請求時の留意事項については、下記のとおりお示しいたしますのでご確認ください。

<必要な手続き>

月の途中で支給量を超えることが想定されますので、下記の事務手続きを行ってください。

(1) 当該月内の合計利用日数がどれほどになるのかを、「船橋市障害福祉課認定審査係」へ伝達する。

→本市では、「船橋市支給決定基準」の中で、日中系サービスの加算後支給決定基準量を「31日/月」と定めておりますので、利用者が必要な合計支給量を伝達してください。このことを受け、市の職権処理で支給量の変更を行います。

(2) (1)の事務処理後、支給量増加に係る申請書類の管理のため、速やかに下記①～③の書類を提出してください。

→上記(1)のとおり支給量の変更処理を市にて行いますが、支給量の増加に係る申請行為の把握のため、事後であっても下記申請書①(第12号様式)の提出は必要となります。なお、計画相談支援の支給を受けている利用者については、上記①に加えて下記②・③(支給量の変更が記載されたもの)の書類提出も必要となりますのでご注意ください。

① 「介護給付費等支給変更申請書 兼 利用者負担額減額・免除等変更申請書」(第12号様式)

② サービス等利用計画案等受付票 ※計画相談支援の支給を受けている利用者のみ

③ サービス等利用計画書(1)・(2) ※計画相談支援の支給を受けている利用者のみ

④ モニタリング報告書 ※計画相談支援の支給を受けている利用者のみ

(3) コロナウイルスの蔓延が収束した際、従前の支給量に戻す処理として、速やかに上記①～③の書類を提出してください。

→従前の支給量に戻すという申請行為の把握のため、申請書①(第12号様式)の提出は必要となります。なお、計画相談支援の支給を受けている利用者については、上記①に加えて下記②・③(従前の支給量に戻すことが記載されたもの)の書類提出も必要となりますのでご注意ください。

<報酬請求時の留意事項>

→市に伝達した支給量の範囲内で請求行為を行ってください。

【連絡先】

船橋市役所 障害福祉課 認定審査係

TEL 047-436-2346

Eメール shogai-nintei@city.funabashi.lg.jp

提供事業所

障害福祉サービス事業所一覧

事業所の方へ

計画相談支援の希望者からサービス等利用計画書の作成依頼を受けましたら、作成したサービス等利用計画書に、以下の書類を添付して市にご提出ください。

「提出書類」

- ・サービス等利用計画書等受付票 (2)
- ・モニタリング報告書 (X)
- ・週間ケア計画表
- ・第22号・23号様式 (計画相談)

※第22・23号様式につきましては、個人番号の記載が必要となりますので、本人確認書類をお持ちください(詳細はリンク先をご覧ください)

なお、サービス等利用計画書等の様式につきましては、下記千葉県ホームページ内の「サービス等利用計画書・障害児支援利用計画書の千葉県様式(例)及び事例集」を参考に作成してください。 (3)

「千葉県ホームページ」

サービス等利用計画書・障害児支援利用計画書の千葉県様式(例)及び事例集
www.pref.chiba.lg.jp/shouji/jiyoushamuke/shienhou/service/scudan/index.html (外部リンク)

共同生活援助の利用意向調査について (平成29年10月1日開始)

障害福祉課では、将来的な施設整備を目的として、共同生活援助の利用意向調査を行うことと致しました。

つきましては、サービス等利用計画に以下の書類を合わせてご提出いただきますようお願いいたします。

共同生活援助利用意向調査票

ファイルダウンロード

- ① [セルフプラン・週間サービス計画表 \(エクセル形式21キロバイト\)](#)
- ② [セルフプラン \(PDF形式92キロバイト\)](#)
- ③ [週間サービス計画表 \(PDF形式59キロバイト\)](#)
- ④ [セルフプラン記入例 \(エクセル形式59キロバイト\)](#)
- ⑤ [週間サービス計画表記入例 \(エクセル形式21キロバイト\)](#)
- ⑥ [サービス等利用計画書等受付票 \(ワード形式46キロバイト\)](#)
- ⑦ [第22号・23号様式 \(計画相談\) \(ワード形式37キロバイト\)](#)
- ⑧ [共同生活援助利用意向調査票 \(エクセル形式14キロバイト\)](#)
- ⑨ [週間ケア計画 \(エクセル形式43キロバイト\)](#)
- ⑩ [モニタリング報告書 \(エクセル形式32キロバイト\)](#)

PDFファイルの開覧には、Adobe Reader (無料) が必要です。

関連するその他の記事

- ▶ [障害福祉サービス \(介護給付・訓練等給付・地域相談支援給付\)](#)
- ▶ [サービス等利用計画書・障害児支援利用計画書の千葉県様式\(例\)及び事例集 \(新しいウィンドウが開きます。\)](#)

この記事についてのお問い合わせ

障害福祉課



音声読み上げ 文字サイズ [縮小](#) [標準](#) [拡大](#) 配色 [白黒](#) [通常](#) よみがな [つける](#) [はずす](#)

[Translate](#) キーワードで探す [検索](#)

- 暮らし・手続き
- 子ども・教育
- 健康・福祉・衛生
- まちづくり・環境保全
- 産業・事業者向け
- 市政・市の紹介

現在の場所: [トップ](#) > [健康・福祉・衛生](#) > [障害者支援](#) > [障害福祉サービス・地域生活支援サービス](#) > [障害福祉サービス](#) > サービス等利用計画について

サービス等利用計画について

Tweet シェア 更新日: 令和元(2019)年5月14日(火曜日) ページID: P031586 [印刷する](#)

障害福祉サービスをご利用いただくには、障害福祉サービスの相談支援専門員である「特定相談支援事業者」が作成した「サービス等利用計画」、もしくはご自身またはご家族などが作成する「セルフプラン」を市に提出する必要があります。

サービス等利用計画とは

市の指定を受けた相談支援専門員（特定相談支援事業者）が作成します。

「サービス等利用計画」とは、障害福祉サービスの支給決定を受けている方が、地域で生活していく際に必要となる様々なサービス等を上手に活用するために作る計画のことを言います。本人のニーズに適った支給決定を受けることができるように「サービス等利用計画」を作成してもらい、その内容を参考にして、市がサービスの支給決定を行うほか、実際のサービス利用時には、障害福祉サービスを提供する事業者などの支援者が共有する「共通目標」ともなります。

「サービス等利用計画」を作成する相談支援専門員は、ご自身またはご家族などで選んでいただきます。また、作成の際には、相談支援専門員によるアセスメント（面接）や定期的なモニタリングを受けていただきます。

セルフプランとは

「セルフプラン」とは、ご自身またはご家族などで「サービス等利用計画」に代わるものを作成します。ご自身またはご家族などで障害福祉サービスの調整を行える方には、比較的容易に計画を作成できる手段です。

「セルフプラン様式」

[セルフプラン・週間サービス計画表](#)

[セルフプラン \(PDF形式\)](#) [週間サービス計画表 \(PDF形式\)](#)

～記入例～

[セルフプラン記入例](#)

[週間サービス計画表記入例](#)

対象者

障害福祉サービスを支給されている全ての方（生活保護受給者で介護扶助を受けている方を含みます）

- ※以下の場合、サービス等利用計画またはセルフプランの提出は不要です。
- 介護保険のサービス利用者で、ケアプランを作成されている方
- 児童発達支援や放課後等デイサービス等の児童福祉法のサービス利用者で、障害児支援利用計画を作成されている方

利用料

無料

有料広告欄 広告について

相模の不動産のことなら
リンクスグループ
取付ください

[お問い合わせ ご意見・ご要望](#)

[よくある疑問](#)

防災情報
Disaster Prevention

水防 水防対策

「障害福祉サービス」の他の記事

- ▶ [障害福祉サービス事業所・障害児通所支援事業所等一覧](#)
- ▶ [障害者グループホームの設置・運営について](#)
- ▶ [障害福祉サービス（介護給付・相談等給付・地域生活支援給付）](#)
- ▶ [サービス等利用計画について](#)
- ▶ [障害児虐待の方を障害福祉サービス等を利用できず](#)
- ▶ [障害者総合支援法の改正について](#)
- ▶ [相談給付又は地域移行支援給付等の継続利用にあたって必要となる資料について](#)
- ▶ [施設入所者就労支援金](#)
- ▶ [障害福祉サービスの利用費負担上限額について](#)
- ▶ [介護保険が優先となるサービス](#)

最近見たページ

- ▶ [サービス等利用計画について](#)

第12号様式 この申請書は郵送可能です。(出張所・連絡所でもお預かりします。) 障害福祉課

①

介護給付費等支給変更申請書 兼 利用者負担額減額・免除等変更申請書

①

船橋市長 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	
	氏名	個人番号:						
	※個人番号(マイナンバー)は、初回申請時または個人番号が変更になった場合のみご記入ください。							
	居住地	〒 - - 電話番号 - -						
フリガナ		生年月日	平成 令和	年	月	日		
支給申請に係る 児童氏名 利用者が18才未満の場合	個人番号:		続柄					
[[同意欄] サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、船橋市障害者介護給付費等認定審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、船橋市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。								
							申請者氏名	

【サービスを利用している場合】

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1	2	3	4	5	6	非該当	有効期間	年	月	日まで	
		利用中のサービスの種類と内容等										受給者番号				
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5			
変更の理由																

【共同生活援助(グループホーム)契約家賃額証明】※事業所記入欄(利用者のみ)

【申請に係る具体的内容】

共同生活援助契約家賃額証明		申請に係る具体的内容
契約サービス	<input type="checkbox"/> 共同生活住居 <input type="checkbox"/> 体験利用 <input type="checkbox"/> サテライト型(令和 年 月 日入居開始)	
サービス提供形態	<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型	
契約期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
家賃額(共益費、光熱費は除く)	円/月 (日割計算の場合 円/日)	
利用者との間で、共同生活援助の利用に係る賃貸契約を、上記のとおり締結していることを証明いたします。 令和 年 月 日		
事業所名及び代表者名:	印	
担当者及び連絡先:	/ - -	

※事業者が記入してください

サービス等利用計画案等受付票

確認欄	
療育支援課	障害福祉課

【利用者情報等】

受給者証番号		利用者氏名	
利用開始日	令和 年 月 日～	モニタリング期間	

【申請区分】

<input type="checkbox"/> 新規（初めてサービス等利用計画案を作成）	⇒	提出書類①を提出してください
<input type="checkbox"/> 障害支援区分の更新 <input type="checkbox"/> サービス（計画相談支援）の継続 <input type="checkbox"/> 支給量変更等	⇒	提出書類①及び②を提出してください (サービス追加・支給量変更の場合、 第22号様式・第23号様式は不要です)

②

【提出書類】

①	②
<input type="checkbox"/> 計画相談支援給付費支給申請書（第22号様式） <input type="checkbox"/> 計画相談支援依頼（変更）届出書（第23号様式） <input type="checkbox"/> サービス等利用計画案 <input type="checkbox"/> 共同生活援助利用意向調査票 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> モニタリング報告書 <提出理由> <input type="checkbox"/> 継続して計画相談支援の支給決定が必要である <input type="checkbox"/> サービスの支給量が変更となる <input type="checkbox"/> モニタリングの期間を変更する必要がある <input type="checkbox"/> その他（ ）

【事業所情報】

事業所番号（10ケタ）		担当者名	
指定特定相談支援事業者情報	事業所名： 事業所住所： TEL：		
兼務状況	利用者（予定者）のサービス提供（予定）事業所の職員と <input type="checkbox"/> 兼務していない <input type="checkbox"/> 兼務している（事業所名： ） ※兼務している場合、原則としてモニタリングを行いません		

＜担当課使用欄＞

受付処理	CW確認	受付者
<input type="checkbox"/> 計画相談支援給付費支給申請書（第22号様式）	<input type="checkbox"/> 不備あり	
<input type="checkbox"/> 計画相談支援依頼（変更）届出書（第23号様式）	<input type="checkbox"/> 不備あり	
<input type="checkbox"/> サービス等利用計画案 <input type="checkbox"/> 利用者及びその家族に対する意向 <input type="checkbox"/> 総合的な援助の方針 <input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題 <input type="checkbox"/> 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期 <input type="checkbox"/> 福祉サービス等の種類・内容・量 <input type="checkbox"/> 福祉サービス等を提供する上での留意事項 <input type="checkbox"/> モニタリング期間	<input type="checkbox"/> 不備あり	CW
		モニタリング期間 <input type="checkbox"/> 1年毎 <input type="checkbox"/> 半年毎 <input type="checkbox"/> 3ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 当初__ヶ月毎月 及び__ヶ月毎 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> モニタリング報告書	<input type="checkbox"/> 不備あり	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 不備あり	

3

(番号)

サービス等利用計画書(1)

<input type="checkbox"/>	初回	<input type="checkbox"/>	継続
--------------------------	----	--------------------------	----

利用者名: _____ 性別 _____ 生年月日: 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ 住所 _____

指定相談支援事業者名・所在地及び計画作成者 _____ 印

初回サービス等利用計画作成日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 サービス等利用計画変更日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受給者証の有無、有効期間及び番号: 有 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 NO. _____ 無 上限度額: _____ 円

障害支援区分	非該当	1	2	3	4	5	6	未認定

利用者および家族の希望

相談支援専門員の支援方針

長期目標(期間)

短期目標(期間)

サービス等利用計画書(2)

(番号:)

サービス等の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標 (目標を達成すべき時期を明記する 必要のあるものは時期を記入)	援助内容 (提供期間を明記する必要があるものは「頻度」欄に記入)		費用 (円/月)			
		サービス内容	サービス種別 (事業者等)	頻度	サービス費用 (全額)	自己負担	
ニーズの優先順位					単位	回数	合計
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
サービス等利用計画 (モニタリング) の有効期限		平成	年	月	日まで	サービス費合計	0
備考		本人または代理人の同意					
※週間ケア計画を必要に応じて添付		日	付	平成	年	月	日
		署名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人			

(9)

4

モニタリング報告書

利用者名: _____ 区分: _____ 相談支援事業所名: _____ 担当者: _____ 印

受給者証番号: _____ サービス利用計画書作成日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

モニタリング実施日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ニーズ	サービス提供状況	本人・家族の感想・満足度	モニタリング実施日	今後の課題・留意事項	計画変更の必要性
					有 無
					有 無
					有 無
					有 無
					有 無
					有 無

* 達成度は◎、○、△、×で記入する。

利用者同意書名簿 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

添付資料 2

船障第209号

令和2年4月8日

障害福祉サービス等事業所 管理者各位

船橋市 健康福祉局

福祉サービス部 障害福祉課長

緊急事態宣言に伴う障害福祉サービス提供の臨時的な取り扱いについて

令和2年4月7日付事務連絡（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課）において「緊急事態宣言後の障害福祉サービス等事業所の対応について」が示されました。これを受けて、本市における障害福祉サービス等事業所の方針は、原則当該事務連絡のとおりとなりますが、下記についてもご留意のうえご対応をお願いいたします。

また、実際のサービス提供に関しては、厚生労働省より示されております、令和2年4月7日付事務連絡「社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について（その2）」をご確認ください。

記

1. 上記、事務連絡における「(4) ①障害福祉サービス等事業所の人員基準等の臨時的な取扱い」について

本文中で引用される、令和2年3月10日付事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス等事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第3報）」における「利用者の居宅等において健康管理や相談支援等のできる限りの支援の提供を行ったと市町村が認める場合」については、支援内容等を別紙「利用者への代替的サービス提供計画書」にて具体的に記載し、障害福祉課へ提出する必要があります。代替的サービスの内容が不十分であると市が判断した際には、別途障害福祉課よりご連絡いたします。

なお、支援の方法については、利用者へ資料を一方向的に送付する等ではなく、普段の通所では出来ない利用者及び保護者等との個別のコミュニケーションをとれるものとし、必ず支援内容、担当者、実施日等の記録を残すこととしてください（必要に応じ、市で確認させていただきます）。

その他、取り扱いについては以下の点にご留意ください。

<サービス提供及びそれに伴う健康管理、相談支援等について>

- ・ 代替的サービスの提供であっても利用者負担が発生することから、あらかじめ利用者本人及び保護者等に対し丁寧な説明をし、承諾を得ること。
- ・ 居宅への訪問は必須としない。

- ・ 利用者の健康管理の実施（体温確認、咳や発熱等感染症の疑いの有無）。
- ・ 単なる欠席連絡（その後の支援については不要と保護者の意向がある場合）については、サービス提供とはみなされない。
- ・ 自宅で問題が生じていないかどうかの確認。
- ・ 今般の状況が落ち着いた後、スムーズに通所を再開できるようなサポート。

<請求について>

- ・ 今般の緊急措置前に算定していた加算・減算については、引き続き、加算・減算を行う。ただし、実績を伴った場合に算定できる「送迎加算」「食事提供加算」等については算定できない。
- ・ 通常の請求と同様に、同日に利用者が複数の事業所を利用する重複請求については認められない。
- ・ 請求する際には実績記録票の備考欄に「代替サービス」と入力する。

※上記の取り扱いは、船橋市が支給決定をした利用者についてのものです。他市町村が支給決定をした利用者への代替サービス提供の取り扱いにつきましては、各市町村にお問い合わせいただきますようお願いいたします。

2. 就労継続支援事業所、就労移行支援事業所におけるサービス提供について

令和2年3月13日付船障第8638号「新型コロナウイルスへの対応に伴う就労継続支援事業所、就労移行支援事業所における在宅でのサービス利用について」にてお示した在宅でのサービス利用についても、本通知1の内容に留意したうえで支援の実施をお願いいたします。

3. 事業所の事業継続支援策について

厚生労働省事務連絡にて、「独立行政法人福祉医療機構における融資制度の活用」「雇用調整助成金の活用」が示されております。

船橋市ではこれらに加え、市内中小企業者を対象とした「特定中小企業者対策資金」を市独自の支援施策として実施しております。詳しくは下記URLからご参照ください。

<https://www.city.funabashi.lg.jp/jigyoushoukou/003/p000545.html>

<お問い合わせ・書類提出先>

船橋市健康福祉局福祉サービス部

障害福祉課計画係給付費班

電話：047-436-2307 FAX：047-433-5566

Mail：shogaifukushi@city.funabashi.lg.jp

利用者への代替的サービス提供計画書

事業所名	(事業所番号:)		
サービス種類			
利用者への代替的サービス内容	(できるだけ具体的にご記入ください)		
代替的サービスを提供すること(利用者負担の発生を含む)に関して、事業所から本人及び保護者へ承諾をとる方法《あてはまるものに○》	1. 電話 2. 面談 3. その他 ()		
サービス提供開始日	令和 年 月 日	記入者名	

障害福祉課処理欄(事業所記入不要)	
受理日	令和 年 月 日
受理者	

船療第2713号

令和2年3月10日

障害児通所支援事業所 管理者各位

船橋市 健康福祉局

子育て支援部 療育支援課長

福祉サービス部 指導監査課長

新型コロナウイルス感染症防止のための学校の臨時休業に関連した留意点について

令和2年2月27日付及び28日付事務連絡（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課）において「新型コロナウイルス感染症防止のための学校の臨時休業に関連しての放課後等デイサービス事業所等の対応について」が示されました（その2、その3を含む）。これを受けて、本市における放課後等デイサービス事業所等（児童発達支援含む）の方針は、原則事務連絡どおりとなりますが、留意点等を下記のとおりといたしますのでご対応をお願いいたします。

※下記の取扱いは、船橋市が通所給付決定をした児童についてのものです。他市町村が通所給付決定をした児童への代替サービス提供の取扱いにつきましては、各市町村にお問い合わせいただきますようお願いいたします。

記

「利用者の居宅等において健康管理や相談支援等のできる限りの支援の提供を行ったと市町村が認める場合」について

令和2年2月20日付事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス等事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第2報）」における「利用者の居宅等において健康管理や相談支援等のできる限りの支援の提供を行ったと市町村が認める場合」については、別紙「新型コロナウイルス感染を恐れ、欠席する児童への代替的サービス提供計画書」にて支援内容等を具体的に記載し、療育支援課へご提出ください。なお、支援の方法については、資料を一方的に送付する等ではなく、児童生徒とコミュニケーションをとれるものとし、必ず支援内容、担当者、実施日等の記録を残すこととしてください（必要に応じ、市で確認させていただきます）。

その他、取扱いについては下記点にご留意ください。

- ・ サービス利用を予定していた児童に対して支援を提供するものを原則とするが、難しい場合は保護者に対する確認でも可とする。
- ・ 居宅への訪問は必須としない。電話等による支援の提供でもよい。
- ・ 通常どおりの利用者負担が発生することから、あらかじめ保護者に対し丁寧な説明をし、承諾を得ること。
- ・ 単なる欠席連絡（その後の支援については不要と保護者の意向がある場合）については、サ

- ・ サービス提供とはみなされない。
 - ・ 今般の緊急措置前に算定していた加算・減算については、引き続き、加算・減算を行う。ただし、実績を伴った場合に算定できる「送迎加算」「食事提供加算」等については算定できない。
 - ・ 通常の請求と同様に、同日に利用者が複数の事業所を利用する重複請求については認められない。
 - ・ 請求する際には実績記録票の備考欄に「代替サービス」と入力する。
 - ・ 提供日ごとに実施すること。
 - ・ 必ず支援内容、担当者、実施日等の記録を残すこと。
 - ・ サービス利用を予定していた日以外に追加で代替的サービスを提供することは認められない。
 - ・ 代替的サービス利用予定日であったが連絡が取れなかった場合は報酬算定できない。
 - ・ 代替的サービスを提供しない場合は、代替的サービス提供計画書の提出は不要とする。
 - ・ 代替的サービスを行うことを強制するものではない。
- 代替的サービスを提供する際、最低限以下の内容を確認等すること
- ・ 体調の確認（健康状態、体調面で大きく変わったことはないか）
 - ・ 児童の様子の確認（どのような過ごし方をしているか）
 - ・ 家庭で提供している療育の内容の確認
 - ・ 家庭療育の内容等についての相談があれば応じること
- 必要に応じて、以下の内容も確認すること
- ・ 継続課題（計算プリントなど）がある場合は、目標の設定や進捗の確認
 - ・ 1日の目標の設定（お手伝いを頑張るなど）

<お問い合わせ・書類提出先>

船橋市療育支援課整備計画係

電話：047-436-2121

FAX：047-436-2549

Mail：ryoiku@city.funabashi.lg.jp

新型コロナウイルス感染を恐れ、欠席する児童への代替的サービス提供計画書

事業所名	(事業所番号：)		
新型コロナウイルス感染を恐れ、欠席する児童への代替的サービス内容	(できるだけ具体的に記入ください)		
代替的サービスを提供すること(利用者負担の発生を含む)に関して、事業所から保護者へ承諾をとる方法 《あてはまるものに○》	1. 電話 2. 面談 3. その他 ()		
サービス提供開始日	令和 年 月 日	記入者名	
事業所電話番号			
事業所メールアドレス			

<お問い合わせ・書類提出先>

千葉県船橋市 療育支援課整備計画係

電話：047-436-2121

FAX：047-436-2549

Mail：ryoiku@city.funabashi.lg.jp

療育支援課処理欄(事業所記入不要)	
受理日	令和 年 月 日
受理者	

