

障害福祉サービスの対象の確認に係る医学的意見書

① 児童氏名

② 児童生年月日 平成・令和 年 月 日

③ 保護者氏名

④ 住 所 川崎市

⑤ 児童の障害状況

診断名 :

発達指数: (検査日: 年 月 日)

具体的な障害の状況:

令和 年 月 日

機関名: _____療育センター

記載医師名:

電話 : 0 4 4 - _____

●保護者の皆様

1. 障害福祉サービスの対象は、身体に障害のある児童、知的障害のある児童、精神に障害のある児童（発達障害児を含む）または難病等の対象疾患に該当する児童となります。
2. この意見書は、障害福祉サービスの利用にあたり、障害を有することを確認するための資料（地域療育センター用）です。障害福祉サービスの支給の要否については、各区役所（高齢・障害課）にて決定します。
（この意見書のみで、障害福祉サービスの利用が認められるわけではありません）
3. 地域療育センターへの相談が初めての場合は、障害を有するか否かの確認及び意見書作成までに数か月を要します。
4. 地域療育センターへの相談歴がある方も、最終診察から一定期間が経過している場合は再度診察を受けていただく必要があります。再診察の必要性については、各地域療育センターへお問合せください。
5. 地域療育センターでの相談・診察の結果、障害が認められない場合もあります。

●地域療育センター御担当者様（記入にあたっての留意点等）

1. この意見書は、障害福祉サービスの利用にあたり、障害を有することを確認するための資料です。障害が認められる場合に記入してください。
2. ⑤「児童の障害状況」については、医師が記入してください。
3. ⑤の「具体的な障害状況」については、児童の障害特性等、状態像を記入してください。
4. 「〇〇サービスの利用が必要」等、サービスの必要性に関する記載は不要です。