

区で作成し、登録申請の進達時に添付してください
 利用開始時に障害要件を確認した場合も添付してください

重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 要件確認表

障害状況が下記障害要件および障害支援区分要件に該当する者(□にチェックすること)

障害要件		障害支援区分要件
<input type="checkbox"/> 身体障害者・児	65歳に達する日の前日までに身体障害者手帳の交付を受けている者で肢体不自由1、2級である者のうち、四肢機能障害を有する者又はこれに準ずる者	障害支援区分認定調査項目の下記4項目のうち、いずれか「1」以外に該当している <small>※認定調査未実施の場合は聞き取りにて確認</small>
<input type="checkbox"/> 知的障害者・児	知的障害者更生相談所若しくは児童相談所において手帳の交付を受けている者、又は更生相談所若しくは児童相談所において知的障害と判定された者 <input type="checkbox"/> 再判定あり(年 月) <input type="checkbox"/> 再判定後の障害要件(あり・なし) 確認日(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 3-3(コミュニケーション) <input type="checkbox"/> 3-4(説明の理解) <input type="checkbox"/> 4-2(作話) <input type="checkbox"/> 4-30(話がまとまらない)
<input type="checkbox"/> 精神障害者・児	65歳に達する日の前日までに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する者 <input type="checkbox"/> 有効期間あり(年 月 ~ 年 月) <input type="checkbox"/> 有効期間更新後の障害要件(あり・なし) 確認日(年 月 日)	

備考欄

作成日

登録申請時： 年 月 日

利用開始時： 年 月 日

(担当者名： 区 担当)