**『札幌版：強度行動障がいを有する方への集中的支援試行プログラム』申込書**

**【募集対象】**

強度行動障がいを有する児者を支援する市内障がい福祉サービス事業所（※）。

※　施設入所、共同生活援助（グループホーム）、生活介護、行動援護・居宅介護、

就労継続支援B型事業所、自立訓練・生活訓練事業所、児童発達支援センター、

放課後等デイサービス事業所等

なお、お申込みにあたっては、ご利用中の相談支援事業所に一報をお願いします。

**【申込期間】**令和6年5月21日（火）～6月21日（金）まで【決定通知日　6月26日（水）】

**【申込方法】**郵送、もしくは、メール（本データ添付）でのご連絡をお願い致します

・ご本人またはご家族の承諾を得たうえでお申し込みください

・内容等ご不明な点がございましたら、事前にお問い合わせください

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関名 |  |
| 代表者（所属長）氏名 | （必ず所属長の確認をおとりください） |
| 所在地 |  |
| TEL |  |
| E-mail |  |
| 担当者氏名 |  |
| 強度行動障がいのある方への支援で希望する内容に回答（斜線）をお願い致します |
| □特性把握 □環境・活動調整 | □効果的な関わり方□不適応行動の改善（具体的内容：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【お申し込みの理由】 |
| 【対象ケース（強度行動障がいを有する方）の基礎情報】　全ての欄に回答（斜線）をお願い致します |
| 年齢、性別、お住まいの区 | 　　　　　歳　　　　　　　性　　　　　　　　区在住 |
| サービス等利用計画の有無 | □あり　□セルフプラン　 |
| 事業所利用時間 | 　　：　　　〜　　　：　　　 |
| 連携先の相談支援事業所名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　区分：□指定　　□委託 |
| →担当者名と電話番号 | 修正 |
| 関連機関・支給内容（福祉、教育等） | □生活介護 □グループホーム □入所施設 □行動援護・居宅介護 □ 日中一時支援□ショートステイ □放課後等デイ □特別支援学校 □特別支援学級 □医療機関 |
| 支給量等 | 成人：□重度支援Ⅰ □重度支援Ⅱ □重度支援Ⅲ □重度支援（18点以上）□不明　児童：□強度行動（注5）□強度行動Ⅱ □重度支援Ⅰ □重度支援Ⅱ　□不明※上記に該当する児者（行動関連項目10点以上、強度行動障害判定表20点以上）が対象です（最新の受給者証をご確認ください） |
| 【集中支援の実施手続き】　全ての欄に回答（斜線）をお願い致します |
| 希望日程 | □7月、8月、9月 ／ □10月、11月、12月 ／ □どちらでも可　 |
| 集中的支援の実施希望 | □訪問　　□日中受入　□夜間受入　□要相談　※チラシ裏面参照 |
| 【事業所情報】　全ての欄に回答をお願い致します　 |
| 対象児者の支援に関わる職員 | 　　　　　　名　　 (主担当氏名：　　　　　　　　　） |
| サービス管理責任者氏名 |  |
| 事業所の開所時間 | ：　　　〜　　　：　　　 |
| 備考欄 | その他特記事項がございましたら下記に記載をお願い致します |

**本プログラムにおける確認事項です。**（所属長は確認された□に斜線をお願い致します）

* プログラム実施（前後の期間含む）に際し、対象者の支援に関わる事業所職員がなるべく多く関与できるよう調整にご協力をお願いします
* プログラムでは集中的支援やコンサルテーションを外部の事業所で実施する場合がございます。対象者の支援に関わる事業所職員のご参加（ご見学）ができるよう調整をお願いします
* 連携先の相談支援事業所および福祉サービス事業所に対しプログラムへの関与の打診をお願いします
* 対象者の行動関連項目10点以上（児童の場合は強度行動障害判定票20点以上）について受給者証上での確認をお願いします
* 申し込みに際して本人またはご家族の承諾について確認をお願いします
* 確認事項を含めプログラムの内容を理解しました

上記内容をご確認（ご承諾）のうえ、プログラムへの参加を希望される所属長は下記に記載をお願い致します

本プログラムへ申し込みます

　　年　　月　　日　代表者（所属長）氏名　　　　　　　　　　・

お問い合わせ・お申込み

〒007‐0032　札幌市東区東雁来12条4丁目1－5

社会福祉法人はるにれの里　札幌市自閉症・発達障がい支援センターおがる

担当　岩井・鈴木・石田

TEL　080‐3694-1950　Mail　ke@harunire.or.jp