

きょうとしちいきせいかつけいぞく　ちいきいこう　こーでいねーとじぎょうりようどういしょ
京都市地域生活継続・地域移行コーディネート事業利用同意書

わたし　きょうとし　ちいきせいかつけいぞく　ちいきいこう　じぎょう　りよう
私は、京都市による地域生活継続・地域移行コーディネート事業の利用にあたり、
つぎ　ないよう　どうい
次の内容について、同意します。

どういないよう
同意内容

わたし　しえん　ひつよう　はんい　わたし　しょうがい　じょうきょう　しょうがいふくし　りようじょうきょう
私の支援に必要な範囲で、私の障害の状況、障害福祉サービスの利用状況、
かぞく　にちじょうせいかつ　じょうきょうなど　こじんじょうほう　きょうとし　いたく　う　けた　ちいきせいかつけいぞく
家族や日常生活の状況等の個人情報、京都市から委託を受けた地域生活継続・
ちいきいこう　こーでいねーたー　ていきょう
地域移行のためのコーディネーター（以下「コーディネーター」という。）に提供す
ることや、コーディネーターからかくかんけいきかん　じょうほう　ていきょう
ることや、コーディネーターから各関係機関にその情報が提供されること。

れいわ　ねん　がつ　にち
令和　年　月　日きょうとしちょう　さま
京都市長　様じゅう　しょ
住　所し　めい
氏　名

地域生活継続・地域移行コーディネート事業の利用者基本情報

※本様式に替えて計画相談支援事業所が作成するアセスメント表及び申請者の現状（基本情報）の提出でも可。

1. 希望するコーディネーターの支援内容

希望するコーディネーターの支援	具体的な困りごと等
☐ 支援チームの支援体制の構築	
☐ 緊急時対応プランの作成・確認	
☐ 一人暮らし体験事業のプログラム作成・体験後のフィードバック	
☐ 地域移行に向けた意思確認・関係機関との連携促進	
☐ 地域生活継続や地域移行にかかる助言・指導	

2. 概要(支援経過・現状と課題等)

3. 緊急時対応や地域移行（親元からの独立含む）等に対する本人・家族等の意向や希望

①本人の意向や希望	②家族の意向や希望

4. 利用者の状況

氏 名		生年月日		年 齢	
保護者氏名	京都 太郎	本人との続柄	父		
住 所				電話番号	
	[持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号	
障害または疾患名		手帳情報	☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ 難病 () 級	障害支援区分	
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等（役割）		
生活歴 ※受診歴等含む				医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等	

5. 支援の必要性

	必要な支援内容	本人の能力・課題、環境の課題等
日常生活における支援	☐ 寝返り ☐ 衣服着脱 ☐ 食事 ☐ 排泄 ☐ 入浴 ☐ 移乗 ☐ 調理 ☐ 洗濯 ☐ 掃除 ☐ 買い物 ☐ 育児 ☐ その他（ ）	
コミュニケーションにおける支援	☐ 視力 ☐ 聴力 ☐ 意思表示 ☐ 説明の理解 ☐ 読み書き ☐ 意思決定 ☐ その他（ ）	
社会生活・行動における支援	☐ 金銭管理 ☐ 危機管理 ☐ 物を壊す ☐ 暴力・暴言 ☐ 自傷 ☐ 突発的な行動 ☐ こだわり ☐ 多動 ☐ その他（ ）	
医療に関する支援	☐ 服薬管理 ☐ 痰吸引 ☐ 人工呼吸器 ☐ 気管切開 ☐ 経管栄養 ☐ 褥瘡処置 ☐ カテーテル ☐ その他（ ）	

6. 支援の状況 ※担当者は拠点コーディネーターと連絡可能な者を記載。また、コーディネーターと連絡等を取る窓口になる担当者は、担当者名の前に○をつけて

	サービス種別	提供事業所名	支援内容	担当者	連絡先
障害福祉サービス等 (相談支援含む)					
その他の支援 (医療・介護サービス含む)					

●本人の基本情報 ※アセスメント表や「申請者の状況(基本情報)」様式に記載の内容で足りれば記載不要

●支援チームの状況について ※障害福祉サービス以外に利用中のサービスも記載

[illegible]

●緊急時対応のフロー ※必要に応じて連絡先の行を増やしてください。

想定される緊急時	
想定される緊急時に必要な支援	

対応の流れ	緊急時の相談		緊急時の主な対応	緊急対応後の見通し
	対応する事業所	連絡先		
①				
②				
③				
④				
⑤				
⑥				

作成日	年 月 日	支援チーム協議日	年 月 日	支援チーム共有日	年 月 日	利用者同意欄 (押印又は署名)	緊急時対応プランについて説明を受け、同意しました。 年 月 日 氏 名:
-----	-------	----------	-------	----------	-------	--------------------	--

(第 1 号様式)

京都市障害者等緊急時介護人派遣事業支給申請書

(申請者は太枠内を記入してください。)

(あて先) 京都市長	年 月 日
申請者の住所 京都市 区	申請者

次のとおり、京都市障害者等緊急時介護人派遣事業を申請します。

利用者の状況	氏 名	☐ 申請者と同じ		生年月日	年 月 日生	
	障害者手帳番号 (複数ある場合は主なもの)	京都市第 号	受給者証番号 (ない場合は記入不要)		障害支援区分 (ない場合は記入不要)	
	利用場所	☐ 自宅 ☐ その他 ()				
	申請理由					

次のとおり、世帯員の状況を申告するとともに、調査が行われることに同意します。

世帯員氏名	続柄	調査同意欄	状 況
利 用 者	本人	☐	☐ 障害基礎年金 ☐ 特別障害者手当 ☐ 生活保護 (備考)
		☐	☐ 障害基礎年金 ☐ 特別障害者手当 ☐ 生活保護 ☐ 疾病 ☐ 障害 ☐ 事故 ☐ 他の世帯員への介護 ☐ その他 ()
		☐	☐ 障害基礎年金 ☐ 特別障害者手当 ☐ 生活保護 ☐ 疾病 ☐ 障害 ☐ 事故 ☐ 他の世帯員への介護 ☐ その他 ()
		☐	☐ 障害基礎年金 ☐ 特別障害者手当 ☐ 生活保護 ☐ 疾病 ☐ 障害 ☐ 事故 ☐ 他の世帯員への介護 ☐ その他 ()
		☐	☐ 障害基礎年金 ☐ 特別障害者手当 ☐ 生活保護 ☐ 疾病 ☐ 障害 ☐ 事故 ☐ 他の世帯員への介護 ☐ その他 ()
申請者の合計所得金額			円 京都市において確認してください。

次のことに同意します。

- サービス利用に当たり、利用者の心身の状況に関する資料がサービス提供事業所又は提供されること
- サービス提供者が複数の場合に、利用者負担上限額管理者を中心に上限額管理事務が行われること

氏名		同意欄	☐	その他備考
----	--	-----	--------------------------	-------

区役所・支所使用欄 (申請者は以下の欄に記入する必要はありません。)

添付の「京都市障害者等緊急時介護人派遣事業支給決定・利用者負担額決定等通知書」(案) のとおり支給の可否等を決定する。				
課長	係長	係員	起案日	決定日
			年 月 日	年 月 日

(第2号様式)

京都市障害者等緊急時等介護人派遣事業
支給決定・利用者負担額決定等通知書

—	年 月 日
	京都市長

☐ 下記のとおり支給決定をしたので、通知します。 ☐ 下記の支給決定の取消しをしたので、通知します。 ☐ 不支給決定をしたので、通知します。			
受給者証番号			
支給決定者氏名			利用児童氏名
支給期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
支給量	時間	利用者負担上限月額	円
利用区分	☐ 緊急時対応プランに基づく利用 ☐ 虐待による場合（重度訪問介護による利用） ☐ 虐待による場合（意思疎通による利用）		
利用場所			
サービス提供事業者	（兼 利用者負担上限額管理者）		
特記事項	当該事業には受給者証が設けられていません。		

(問い合わせ先) 京都市
住 所
電話番号

一人暮らし体験プログラム【 年 月 日作成】

(参考様式) 別紙6

利用者	氏名： (受給者証番号：)		緊急連絡先		氏名： TEL： (利用者との関係：)		プログラム作成者		氏名： (利用者との関係：)					
一人暮らしに向けた 本人および家族の 意向														
体験利用に おける目標														
体験日	月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()	
	行動予定	必要な支援	行動予定	必要な支援	行動予定	必要な支援	行動予定	必要な支援	行動予定	必要な支援	行動予定	必要な支援	行動予定	必要な支援
6:00														
8:00														
10:00														
12:00														
14:00														
16:00														
18:00														
20:00														
22:00														
0:00														
2:00														
4:00														
支給量(h)														
備考														

京都市一人暮らし体験等事業利用申込書

年 月 日

(実施機関名)

私は、次のとおり標記事業の利用を申し込みます。

1 申込内容

申 込 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	※署名又は記名押印をしてください		
	住 所	電話番号 ー		
利用希望期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		
申 込 者 の 状 況	現在の状況	☐ 家族と同居中 ☐ グループホーム入居中（施設名： ） ☐ 入所中（施設名： ） ☐ その他（ ）		
	障害種別	☐ 身体障害者手帳 （ 等級 級 ） ☐ 療育手帳 （ 等級 A・B 1・B 2 ） ☐ 精神障害者保健福祉手帳 （ 等級 級 ） ☐ その他（ ）		
		☐ 有 ☐ 無 ※「有」の場合、当該サービスの受給者証の写しを併せて提出してください。		
	緊急連絡先 (親族・支援者等) 必ず1名は記入し てください。	氏 名	続柄	電話番号
※署名又は記名押印をしてください				
※署名又は記名押印をしてください				

一人暮らし体験総括シート【 年 月 日作成】

(参考様式) 別紙8

利用者	氏名： (受給者証番号：)	シート作成者	氏名： (利用者との関係：)	利用期間	年 月 日 () ～ 年 月 日 ()
一人暮らしに向けた 本人および家族の 意向					
体験利用に おける目標					
体験内容					
目標の達成状況					
今後の課題・ 解決方法					

(第 1 号様式)

京都市一人暮らし体験等事業の利用に係る介護人派遣事業支給申請書
(申請者は太枠内を記入してください。)

(あて先) 京都市長	年 月 日
申請者の住所 京都市 区	申請者

次のとおり、京都市一人暮らし体験等事業の利用に係る介護人派遣事業を申請します。

利用者の状況	氏 名	☐ 申請者と同じ		生年月日	年 月 日生	
	障害者手帳番号 (複数ある場合は主なもの)	京都市第 号	受給者証番号 (ない場合は記入不要)		障害支援区分 (ない場合は記入不要)	
	申請理由					

次のとおり、世帯員の状況を申告するとともに、調査が行われることに同意します。

世帯員氏名	続柄	調査同意欄	状 況
利 用 者	本人	☐	☐ 障害基礎年金 ☐ 特別障害者手当 ☐ 生活保護 ----- (備考)
		☐	☐ 障害基礎年金 ☐ 特別障害者手当 ☐ 生活保護 ----- ☐ 疾病 ☐ 障害 ☐ 事故 ☐ 他の世帯員への介護 ☐ その他 ()
		☐	☐ 障害基礎年金 ☐ 特別障害者手当 ☐ 生活保護 ----- ☐ 疾病 ☐ 障害 ☐ 事故 ☐ 他の世帯員への介護 ☐ その他 ()
		☐	☐ 障害基礎年金 ☐ 特別障害者手当 ☐ 生活保護 ----- ☐ 疾病 ☐ 障害 ☐ 事故 ☐ 他の世帯員への介護 ☐ その他 ()
		☐	☐ 障害基礎年金 ☐ 特別障害者手当 ☐ 生活保護 ----- ☐ 疾病 ☐ 障害 ☐ 事故 ☐ 他の世帯員への介護 ☐ その他 ()

申請者の合計所得金額

円

京都市において確認してください。

次のことに同意します。

- サービス利用に当たり、利用者の心身の状況に関する資料がサービス提供事業所又は提供されること
○ サービス提供者が複数の場合に、利用者負担上限額管理者を中心に上限額管理事務が行われること

氏名		同意欄	☐	その他備考
----	--	-----	--------------------------	-------

区役所・支所使用欄 (申請者は以下の欄に記入する必要はありません。)

添付の「京都市一人暮らし体験等事業の利用に係る介護人派遣事業支給決定・利用者負担額決定等通知書」(案) のとおり支給の可否等を決定する。				
課長	係長	係員	起案日	決定日
			年 月 日	年 月 日

(第 2 号様式)

京都市一人暮らし体験等事業の利用に係る介護人派遣事業
支給決定・利用者負担額決定等通知書

—	年 月 日
	京都市長

☐ 下記のとおり支給決定をしたので、通知します。			
☐ 下記の支給決定の取消しをしたので、通知します。			
☐ 不支給決定をしたので、通知します。			
受給者証番号	:	:	
支給決定者氏名		利用児童氏名	
支 給 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
支 給 量	時間	利用者負担上限月額	円
特 記 事 項	当該事業には受給者証が設けられていません。		

(問い合わせ先) 京都市
住 所
電話番号

第 1 号様式（第 8 条関係）

年 月 日

京都市長 様

法人所在地

法 人 名

法人代表者氏名

京都市強度行動障害児者短期入所事業所受入促進事業実績報告書
(令和 年度第 四半期分)

京都市強度行動障害児者短期入所事業所受入促進事業実施要綱に基づき、対象者を受け入れたため、要綱第 8 条に係る実績報告について、関係書類を添えて報告します。

記

1 対象者の受入実績

対象者名	受給者証番号	生年月日	行動関連 項目点数*	利用日	利用 泊数
		年 月 日	点	月 日～ 月 日	泊
		年 月 日	点	月 日～ 月 日	泊
		年 月 日	点	月 日～ 月 日	泊
		年 月 日	点	月 日～ 月 日	泊
		年 月 日	点	月 日～ 月 日	泊

※ 区役所・支所障害保健福祉課又は児童福祉センターの担当ケースワーカーに行動関連項目の点数を確認すること。

2 関係書類

・ 緊急時対応プラン

* 受け入れた対象者に係るプランを全て提出すること

※ サービス利用終了時点で緊急時対応プランが未作成の場合、要綱に基づき定められた期日までに提出すること。

第 1 号様式（第 7 条関係）

年 月 日

京 都 市 長 様

法人所在地
法 人 名
法人代表者氏名

共同生活援助の日帰り体験利用実施計画書

次のとおり、共同生活援助の日帰り体験利用の対象者を受け入れ、支援を予定しています。

1 対象者

氏 名		生 年 月 日	
受給者番号※1		障害支援区分※2	

※1 障害福祉サービスの支給決定を受けていない場合は障害者手帳の写しを提出。

※2 障害支援区分なしの場合は「なし」と記載

2 支援実施事業所

事業所名及び 共同生活住居名	
-------------------	--

3 利用希望日

令和 年 月 日

4 日帰り体験利用時に予定する支援内容（支援に要する時間も含めて記載）

上記について説明を受け、内容を承諾し、京都市に提出することに同意します。

利用者同意署名欄

（以下、京都市使用欄）

☐ 認める。

上記の計画に係る共同生活援助の日帰り体験利用を

☐ 認めない。