

障害児通所支援利用にかかる医師意見書

保護者	氏 名		生 年 月 日	
	フリガナ		大・昭・平	
			年 月 日	
	居住地	〒 - 電話番号 ()		
対象児童	氏 名		続 柄	生 年 月 日
	フリガナ			平成・令和 年 月 日

療育の必要性について	

上記のとおり意見書を提出する。

令和 年 月 日

医 療 機 関 名

所 在 地

診 療 担 当 科 名

作 成 医 師 氏 名

印

障害児通所支援とは

- ☐ 児童発達支援(ただし、医療型を除く。)
未就学の障害児に対し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技術の付与、集団生活への適応訓練等を行う。
- ☐ 放課後等デイサービス
就学している障害児に対し、放課後や休業日に生活能力の向上のために必要な訓練等を行う。
- ☐ 保育所等訪問支援
保育所等に通う障害児に対し、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援を行う。