

記入例

移動支援計画書

移動支援を利用するお子様（以下「本人」）の名前等を記入して下さい。

作成日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	作成者	沼津 花子
利用者名	生年月日	住所	連絡先
沼津 太郎	平成〇〇年〇月〇日（〇歳）	〒420-8601 沼津市御幸町16番1号	

移動支援として利用する目的地、時間帯、必要な時間数を記入して下さい。
 ※移動支援は、通学等の定例的な移動には利用できません。移動支援は計画的な利用を前提としているため、目的地が不明な場合は原則利用できません。

移動支援の内容・目的地	移動支援は障害のある方が1人で移動できない場合に利用するサービスです。個別の療育的な訓練を目的と	時間帯	目的地(内容)		
		16:00~17:00	図書館		
		水			
		木			
		金	16:00~17:00	ショッピングモール(買い物)	1.5時間×2日=3時間
		土			
		週間以外			
		週間以外	12月の第2日曜日	近所のクリスマス会に参加	

移動支援を利用しなければならない理由を記入して下さい。

本人が1人で外出・移動できない理由	1人では公共の交通機関を利用することができず、他に移動の手段がない。また、自分の興味のあるものを発見すると急に走り出すことがあるため、道路等に飛び出して危険な状況になったことがある。
-------------------	---

家族が本人を支援できない理由	父親は日中(8:00~19:00)は仕事をしており、休みも不定休であるため、こともと外出できる機会が少ない。母親は、心臓の病気があり、長時間子どもをつれて歩くことができない。近隣に支援を頼める親類等もないため、外出をするためには福祉サービスの支援が必要。
----------------	---

家族等が本人と外出できない理由を記入して下さい。

移動時に必要な支援	道路に飛び出すことがあるため、常に見守りや手つなぎ等の支援が必要。 排せつは自分できない部分があるため、付き添いや見守りが必要。
-----------	---

移動支援利用時に必要とされる支援の内容を具体的に記入して下さい。

車等に乗車している際の支援の必要性	(有)・無	(具体的な支援の内容) 落ち着いて座ってられないため、見守り等の支援が必要。
-------------------	-------	---

希望支給量	ヘルパー支援型 15 時間/月	※「必要な時間数」の合計を記入
-------	-----------------	-----------------

移動支援利用時に車等(バス、電車など公共交通機関を含む)に乗車しているときに必要な支援を記入して下さい。