

障害者ガイドボランティア通学支援に係る状況申告書

令和 年 月 日

横浜市健康福祉局障害福祉課長

保護者 住所 横浜市

氏名

下記の通り、令和____年度にガイドボランティアによる通学支援を必要とする状況を申告します。

ふりがな		
児童生徒氏名		
学校・学年	学校	年
保護者の状況 (該当するものに ○をして下さい)	<input type="checkbox"/>	生計を維持するために就労している
	<input type="checkbox"/>	保護者が入院・通院・出産・自宅療養等を行っている
	<input type="checkbox"/>	保護者に児童生徒の介助による肉体的・精神的疲労がある
	<input type="checkbox"/>	保護者の親族に介護・看護が必要である
	<input type="checkbox"/>	その他(具体的に記入してください)
児童の状況 (該当するものに ○をして下さい)	<input type="checkbox"/>	身体障害がある(等級など:)
	<input type="checkbox"/>	知的障害がある(等級など:)
	通学に支援を必要とする具体的な状況(手帳の所持: 有・無)	
登録(予定) 事務取扱団体	登録団体名	
	団体連絡先	TEL () / FAX ()

<学校記入欄>

<input type="checkbox"/>	上記理由を確認の上、当該年度についてガイドボランティアによる通学支援が必要と考えます。
<input type="checkbox"/>	その他()
【通学に支援を必要とする状況】	
令和 年 月 日	
学校名 _____ 学校長 _____ 印	