

年 月 日

強度行動障害児支援加算に係る届出書

事業者 住 所
 (所在地)
 氏 名
 (名称及び代表者氏名)

下記の児童について、強度行動障害のスコアに基づき、強度行動障害児支援加算の算定対象となる障害児であることを証明いたします。

●対象児童

受給者証番号	児童氏名
--------	------

●強度行動障害スコア

行動障害の内容	1点	3点	5点
ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	週に1回以上	1日に1回以上	1日中
ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
激しいこだわり	週に1回以上	1日に1回以上	1日に頻回
激しい器物破損	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
睡眠障害	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	週に1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
排せつに関する強度の障害	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
著しい多動	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	ほぼ毎日	1日中	絶えず
沈静化が困難なパニック			あり
他人に恐怖を与える程度の粗暴な行為			あり

合計 _____ 点

【保護者確認欄】

_____ 年 月 日

【相談支援事業所確認欄】

_____ 年 月 日