

人工内耳装用児支援加算（Ⅱ）に係る認定申請書

令和 年 月 日

宇都宮市長 宛

人工内耳装用児支援加算（Ⅱ）について次のとおり申請します。

保護者記入欄				
申請者 (保護者)	氏名		電話番号	
	住所	宇都宮市		
対象児童	氏名		生年月日	平成 年 月 日 令和
	受給者番号			

事業所記入欄	
※ 記入に当たっては、加算について保護者へ説明をしてください。	
加算を算定しようとする事業所名	加算の対象となる職員名（言語聴覚士）
連携先医療機関名	

- 人工内耳装用児支援加算（Ⅱ）は以下のいずれも満たす場合に算定すること
- (1) 言語聴覚士を1以上配置していること
 - (2) 関係機関（保育所や学校、障害児通所支援事業所等）の求めに応じて、人工内耳装用児への支援に関する相談援助を行うこと。（相談援助を行った場合には、実施日時及びその内容の要点に関する記録を作成すること。）
 - (3) 言語聴覚士が人工内耳装用児の状態や個別に配慮すべき事項等を把握し、児童発達支援管理責任者と連携して当該事項を通所支援計画に位置付けて支援を行うこと。
 - (4) 人工内耳装用児への適切な支援を提供するため、人工内耳装用児の主治医又は眼科もしくは耳鼻咽喉科の診察を行う医療機関との連携体制が確保されていること。
- 記入に当たり、御不明な点がある場合は、宇都宮市子ども発達センター交流・管理グループ（028-647-4721）までお問い合わせください。