




目次

目次	P 1
プロフィール	P 2
福祉支援の記録	P 3
関係機関（サポートマップ）	P 6
かかりつけ・薬の記録	P 8
アレルギー、身体の特徴	P 10
予防接種	P 12
発達の記録（乳幼児期）	P 14
発達の記録（小学校）	P 15
発達の記録（中学校）	P 18
発達の記録（高等学校）	P 20
就労の記録	P 22
▲ 緊急時シート（連絡ノート） ▲	P 24
相談機関一覧	P 26





・・・プロフィール・・・



本 人	名	ふりがな		性別
	前			男 ・ 女
呼 び 方		血液型	生年月日	
		型	年 月 日	
家 族 構 成	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	名前	続柄	生年月日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日

生 育 歴	在胎	週	日
	出生体重	g	
	出生場所		
	分娩状況	普通 ・ 吸引 ・ 帝王切開 ・ その他	
	出生児状態	普通 ・ 仮死 ・ チアノーゼ有 臍帯巻絡 ・ その他 ()	
	出産後状態	黄疸 (弱 ・ 普通 ・ 強) 保育器 (有 ・ 無) 人工呼吸器の使用 (有 ・ 無) 酸素の使用 (有 ・ 無) その他 ()	



※母子手帳を参考にしてください。

【福祉支援の記録】



■手帳

身体障害者手帳	有・無	()級 取得日(年 月 日)
精神保健福祉手帳	有・無	()級 取得日(年 月 日)
療育手帳	有・無	(A ・ B) 取得日(年 月 日)

■福祉制度など

特別児童扶養手当	有・無	支給決定日 (年 月 日) 支給開始月 (月)
障害基礎年金	有・無	支給決定日 (年 月 日) 支給開始月 (月)
心身障害者 扶養共済給付金		制度加入 (有 ・ 無) 給付 (有 ・ 無) 支給決定年月日 (年 月 日) 支給開始月 (月)
生命保険	有・無	会社名 () () ()
その他		() () () ()

障害福祉サービス受給者証	～最新の受給者証のコピーを右のページに貼ってください～
	支給決定年月日（ • • ）
	支給決定年月日（ • • ）
	支給決定年月日（ • • ）
	支給決定年月日（ • • ）
	支給決定年月日（ • • ）
	支給決定年月日（ • • ）
	支給決定年月日（ • • ）
	支給決定年月日（ • • ）
	支給決定年月日（ • • ）
	支給決定年月日（ • • ）
	支給決定年月日（ • • ）
	支給決定年月日（ • • ）

■福祉支援の内容・変更など

内容・変更など	年 月 日
	• • （開始・変更）
	• • （開始・変更）
	• • （開始・変更）
	• • （開始・変更）
	• • （開始・変更）
	• • （開始・変更）
	• • （開始・変更）
	• • （開始・変更）



受給者証のコピーをお貼りください



関係機関（サポートマップ）



（ _____ ）さんを支援する関係機関

（例えば・・・保健センター、児童発達支援、園、学校、相談事業所、放課後等デイサービス、病院、療育センターなどを入れてください。）

記入例

釧路児童発達支援
機関名 センター 野のはな園
担当者 野々 花子
連絡先 0154-44-1022
支援概要 児童発達支援

令和5年4月1日

機関名 _____

担当者 _____

連絡先 _____

支援概要 _____

年 月 日

機関名 _____

担当者 _____

連絡先 _____

支援概要 _____

年 月 日

機関名 _____

担当者 _____

連絡先 _____

支援概要 _____

年 月 日



機関名 _____

担当者 _____

連絡先 _____

支援概要 _____

年 月 日

機関名 _____

担当者 _____

連絡先 _____

支援概要 _____

年 月 日

機関名 _____

担当者 _____

連絡先 _____

支援概要 _____

年 月 日

機関名 _____

担当者 _____

連絡先 _____

支援概要 _____

年 月 日

【継続している服薬の記録】



※発達関係、継続して通院している医療機関があれば記入してください。

医療機関			電話番号		
主治医					
通院開始	年	月	日	通院終了	年 月 日
通院頻度	年・ か月・ 週に 回				
通院内容					
服薬中の薬	名前			開始	年 月 日
				期間	年 月 日
	回数	1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 頓服			
備考 (診療内容・ 受診時の配慮など)					

医療機関			電話番号		
主治医					
通院開始	年	月	日	通院終了	年 月 日
通院頻度	年・ か月・ 週に 回				
通院内容					
服薬中の薬	名前			開始	年 月 日
				期間	年 月 日
	回数	1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 頓服			
備考 (診療内容・ 受診時の配慮など)					



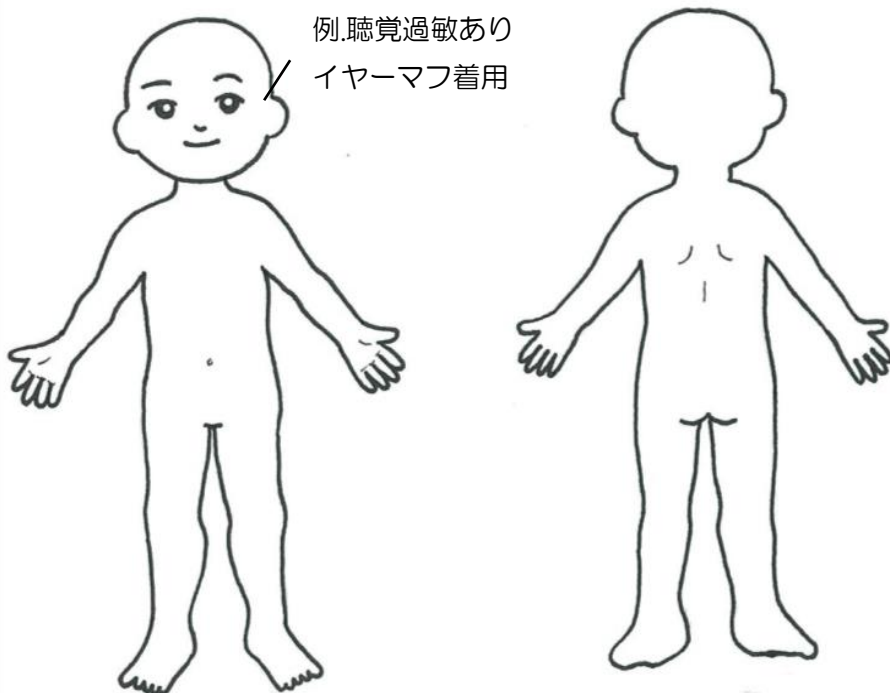
医療機関			電話番号		
主治医					
通院開始	年	月	日	通院終了	年 月 日
通院頻度	年・ か月・ 週に 回				
通院内容					
服薬中の薬	名前			開始	年 月 日
				期間	年 月 日
	回数	1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 頓服			
備考 (診療内容・ 受診時の配慮など)					

医療機関			電話番号		
主治医					
通院開始	年	月	日	通院終了	年 月 日
通院頻度	年・ か月・ 週に 回				
通院内容					
服薬中の薬	名前			開始	年 月 日
				期間	年 月 日
	回数	1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 頓服			
備考 (診療内容・ 受診時の配慮など)					

【アレルギー】

種類	原因（対象）	症状	かかりつけ医

【身体の特徴・気をつける対応】



【予防接種】



種 類	接 種 日 (年 月 日)
ヒブワクチン 【最大 4 回】	1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日) 3 回目 (年 月 日) 4 回目 (年 月 日) ※初回接種が 2 か月～6 か月の場合 4 回 7 か月～11 か月の場合 3 回 満 1 歳～4 歳の場合 1 回
肺炎球菌結合型 ワクチン 【最大 4 回】	1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日) 3 回目 (年 月 日) 4 回目 (年 月 日) ※初回接種 2 か月～6 か月未満の場合は 4 回 7 か月～12 か月未満の場合は 3 回 1 歳～2 歳未満の場合は 2 回 2 歳～5 歳未満の場合は 1 回
B 型肝炎ワクチン	1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日) 3 回目 (年 月 日)
ロタウイルスワクチン □ 1 価 □ 5 価	1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日) 3 回目 (年 月 日) ※ 1 価の場合は 2 回、5 価の場合は 3 回接種

日本小児科学会参照

https://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=138





種 類	接 種 日 (年 月 日)
四種混合ワクチン	I 期 1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日) 3 回目 (年 月 日) 4 回目 (年 月 日)
三種混合ワクチン	I 期 1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日) 3 回目 (年 月 日) 4 回目 (年 月 日)
不活化ポリオワクチン	1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日) 3 回目 (年 月 日) 4 回目 (年 月 日)
BCG (結核)	(年 月 日)
麻疹・風疹混合 (MR) ワクチン	I 期 (年 月 日) II 期 (年 月 日)
水痘ワクチン (水ぼうそう)	1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日)
日本脳炎ワクチン	I 期 1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日) 3 回目 (年 月 日) II 期 (年 月 日)
二種混合ワクチン	(年 月 日) ※ 1 1 歳 ~ 1 3 歳 未 満 での 接 種
ヒトパピローマウイル スワクチン □ 2 価 □ 4 価	1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日) 3 回目 (年 月 日)



【発達の記録①（乳幼児期）】



主な発達過程の記録をご記入ください。

運動発達の様子			精神発達の様子		
首がすわる	歳	か月	声を出して笑う	歳	か月
寝返り	歳	か月	人見知りをする	歳	か月
お座り	歳	か月	後追いをする	歳	か月
はいはい	歳	か月	指差しをする	歳	か月
つかまり立ち	歳	か月	バイバイなどの 身振りをまねする	歳	か月
つたい歩き	歳	か月	意味のある単語を 話す	歳	か月
一人で立つ	歳	か月	二語文を話す	歳	か月
一人で歩く	歳	か月			
両足跳び	歳	か月			
ケンケンする	歳	か月			
スプーン・フォークを使う	歳	か月			
自分でコップを持って水を飲む	歳	か月			

■ 成長過程で気になったこと

例えば…頻繁に通院、入院した病気、目が合わない、指差しができない、よく動く、寝返りができない、音や光に反応しないなど

年 月 日	気になったこと



【発達記録② (小学校)】

*成長の過程を項目ごとに、『できる』・『むずかしい』のどちらかにチェックをしましょう。備考欄には、現在の介助の内容、どんな手助けが必要かを書いてみましょう。

	チェック項目	できる	むずかしい	備考欄 (必要な協力)
(例)	衣服の着脱 (下肢)		✓	足を通すまでを介助する
食事	食べる			
	着席して食べる			
睡眠	寝つきが良い			
	生活リズムが規則正しい			
排泄	トイレで排尿			
	トイレで排便			
着替え	衣服の着脱 (下肢)			
	衣服の着脱 (上肢)			
	衣服の選択			
洗う	手を洗う			
	うがいをする			
	顔を洗う			
	歯を磨く			
	身体を洗う			
	髪を洗う			
時間の理解	時計を理解する			
	見通しが持てる			
	計画の変更に適応する			
外出移動	外出前の身支度をする			
	手を繋いで歩く			
	道の幅を歩く			
	信号を理解して渡る			

	チェック項目	できる	むずかしい	備考欄（必要な協力）
集団生活	着席している			
	順番を待つ			
	活動前の準備をする			
	集団活動に参加する			
	一斉指示で行動する			
	個別指導で行動する			
	ルールや約束を守る			
言葉	単語			
	二語文			
	言葉で要求をする			
言葉の表出	身近な物の名前の理解			
	カードや写真を使った指示の理解			
	単語での指示理解			
	文章での話しかけへの理解			
	文字による言葉の意味理解			
	冗談の理解			
	体験談や出来事を伝える			
	相手に合わせて話す			
	わからないことを尋ねる			
感情の表現	喜怒哀楽を表現する			
	気持ちに合う表情をする			
	自分の思いを言葉で伝える			
	痛い・具合が悪いを伝える			
感情の理解	相手の表情を読む			
	相手の気持ちを理解する			
	絵や文章の中の感情理解			

	チェック項目	できる	むずかしい	備考欄（必要な協力）
あそび	1人で遊ぶ			
	友達と遊ぶ			
	大人と遊ぶ			
	身体を動かして遊ぶ			
	おもちゃで遊ぶ			
	ごっこあそびをする			
その他				

●MEMO●



【発達記録③ (中学校)】

*成長の過程を項目ごとに、『出来る』・『難しい』のどちらかにチェックをしましょう。備考欄には、現在の介助の内容、どんな手助けが必要かを書いてみましょう。

	チェック項目	出来る	難しい	備考欄 (必要な協力)
(例)	衣服の着脱 (下肢)		✓	足を通すまでを介助する
食事	着席して食べる			
	配膳、片付けをする			
	調理をする			
睡眠	寝つきが良い			
	生活リズムが規則正しい			
排泄	トイレで排尿			
	トイレで排便			
衣類 関係	衣服の着脱			
	衣服の選択			
	洗濯をする			
	洗濯物を干す			
衛生 管理	手洗い、うがい			
	顔を洗う			
	歯を磨く			
	身体を洗う			
	髪を洗う			
服薬 関係	薬の管理			
	薬を指示通り内服する			
時間 管理	見通しが持てる			
	計画の変更に適応する			
危機 管理	危険物の確認			
	危険物の管理			

	チェック項目	出来る	難しい	備考欄（必要な協力）
外出 移動	外出前の身支度をする			
	信号を理解して渡る			
	公共交通機関の利用			
金銭 と 通信	お金の管理			
	買い物をする			
	電話を利用する			
	パソコンを利用する			
集団 生活	活動前の準備をする			
	一斉指示で行動する			
	個別指導で行動する			
	ルールや約束を守る			
言葉の 表出	身近な物の名前の理解			
	カードや写真を使った指示理解			
	単語での指示理解			
	文章での話しかけ理解			
	文字による言葉の意味理解			
	冗談の理解			
	体験談や出来事を伝える			
	相手に合わせて話す			
	わからないことを尋ねる			
感情の 表現	喜怒哀楽を表現する			
	自分の思いを言葉で伝える			
	痛い・具合が悪いを伝える			
感情の 理解	相手の表情を読む			
	相手の気持ちを理解する			
	絵や文章の中の感情理解			



【発達記録④ (高等学校)】

*成長の過程を項目ごとに、『出来る』・『難しい』のどちらかにチェックをしましょう。備考欄には、現在の介助の内容、どんな手助けが必要かを書いてみましょう。

	チェック項目	出来る	難しい	備考欄 (必要な協力)
(例)	衣服の着脱 (下肢)		✓	足を通すまでを介助する
食事	着席して食べる			
	配膳、片付けをする			
	調理をする			
睡眠	寝つきが良い			
	生活リズムが規則正しい			
排泄	トイレで排尿			
	トイレで排便			
衣類 関係	衣服の着脱			
	衣服の選択			
	洗濯をする			
	洗濯物を干す			
衛生 管理	手洗い、うがい			
	顔を洗う			
	歯を磨く			
	身体を洗う			
	髪を洗う			
服薬 関係	薬の管理			
	薬を指示通り内服する			
時間 管理	見通しが持てる			
	計画の変更に適応する			
危機 管理	危険物の確認			
	危険物の管理			

	チェック項目	出来る	難しい	備考欄（必要な協力）
外出 移動	外出前の身支度をする			
	信号を理解して渡る			
	公共交通機関の利用			
金銭 と 通信	お金の管理			
	買い物をする			
	電話を利用する			
	パソコンを利用する			
集団 生活	活動前の準備をする			
	一斉指示で行動する			
	個別指導で行動する			
	ルールや約束を守る			
言葉の 表出	身近な物の名前の理解			
	カードや写真を使った指示理解			
	単語での指示理解			
	文章での話しかけ理解			
	文字による言葉の意味理解			
	冗談の理解			
	体験談や出来事を伝える			
	相手に合わせて話す			
	わからないことを尋ねる			
感情の 表現	喜怒哀楽を表現する			
	自分の思いを言葉で伝える			
	痛い・具合が悪いを伝える			
感情の 理解	相手の表情を読む			
	相手の気持ちを理解する			
	絵や文章の中の感情理解			



就労の記録（職歴）



●企業等でフルタイムで勤務する場合（通常は1日8時間勤務）、アルバイトやパート勤務の場合、福祉施設で就労する場合等に記録して下さい。

就労期間	入職： 年 月 退職： 年 月 （就労期間 年 か月）	雇用形態 ※該当に○	正社員 ・ 契約社員 パート ・ 派遣 臨時 ・ その他（ ）
勤務先		就労支援機関 （担当者名）	（ ）
仕事内容		離職理由等	
就労期間	入職： 年 月 退職： 年 月 （就労期間 年 か月）	雇用形態 ※該当に○	正社員 ・ 契約社員 パート ・ 派遣 臨時 ・ その他（ ）
勤務先		就労支援機関 （担当者名）	（ ）
仕事内容		離職理由等	
就労期間	入職： 年 月 退職： 年 月 （就労期間 年 か月）	雇用形態 ※該当に○	正社員 ・ 契約社員 パート ・ 派遣 臨時 ・ その他（ ）
勤務先		就労支援機関 （担当者名）	（ ）
仕事内容		離職理由等	



緊急時シート（連絡シート）



発達障がいを持った方が、安心して生活できるように、本人や家族の方が協力してほしいことを書き込んでいます。（作成日 年 月 日）

●本人情報●

ふりがな _____

・名前 _____

・住所 _____

・生年月日 ____年__月__日 ・性別（男・女）

・血液型（__型） ・障がい者手帳の所持 あり なし

療育手帳（A・B） 身体障がい者手帳

精神障がい者保険手帳

・障がい名や特徴 _____

●緊急連絡先●

○第一連絡先○

氏名： _____ 本人との関係（_____）

TEL① < 携帯（_____） _____ >

TEL② < 自宅（_____） _____ >

○第二連絡先○

氏名： _____ 本人との関係（_____）

TEL① < 携帯（_____） _____ >

TEL② < 自宅（_____） _____ >

●健康情報●

・かかりつけ医の連絡先（有・無） TEL（_____）

・医療機関名： _____ 主治医： _____

・パニック あり なし ・てんかん発作 あり なし

・ぜんそく あり なし ・服薬 あり なし

（おくすり名や服薬上の注意 _____）

・アレルギー あり なし アレルギーの内容（_____）

・その他（_____）

●必要な協力をお願い●

・コミュニケーション・ (あてはまるものに☑)

- 文章で伝えられる
- 簡単な言葉で伝えられる
- 絵を見るとわかる
- 実物を見るとわかる
- 事前に手順が提示されると理解しやすい
- 「はい」「いいえ」は表現できる

・興味のあること、好きなこと

・苦手なこと

・その他伝えたいこと

～具体的な支援方法～

どのようなときに	どうなる	支援方法
例) 初めての場所	泣きや移動拒否	事前に写真やイラストを提示

● 相談機関 ●

□ 子どもの発達や障がいに関する相談

相談所名	担当区域	電話番号	相談時間
北海道中央児童相談所	石狩・後志振興局管内 (札幌市を除く)	011-631-0301	月～金曜日 8:45～17:30
北海道函館児童相談所	渡島・檜山振興局管内	0138-54-4152	
北海道岩見沢児童相談所	空知振興局管内	0126-22-1119	
北海道旭川児童相談所	上川・留萌振興局管内	0166-23-8195	
北海道旭川児童相談所 稚内分室	宗谷振興局管内	0162-32-6171	
北海道北見児童相談所	オホーツク振興局管内	0157-24-3498	
北海道室蘭児童相談所	室蘭・登別・伊達市 豊浦・洞爺湖・壮瞥町	0143-44-4152	
北海道室蘭児童相談所 苫小牧分室	胆振・日高振興局管内	0144-61-1882	
北海道帯広児童相談所	十勝振興局管内	0155-22-5100	
北海道釧路児童相談所	釧路・根室振興局管内	0154-92-3717	
札幌市こども未来局 児童相談所	札幌市内	011-622-8630	月～金曜日 8:45～17:15

□ 心身障がい者のための相談機関


名 称	住所・電話番号	利用時間帯
北海道立心身障害者総合相談所（身体・知的障がい） 	札幌市中央区円山西町2丁目1-1 ☎ 011-613-5401	月～金曜日 8:45～17:30
札幌市障がい者更生相談所 	札幌市西区二十四軒2条6丁目1-1 札幌市身体障害者福祉センター3F ☎ 011-641-8852	月～金曜日 8:45～17:15
札幌市知的障害者更生相談所（手をつなぐ相談センターまあち） 	札幌市西区二十四軒2条6丁目1-1 札幌市身体障害者福祉センター内 ☎ 011-688-7300	月～金曜日 8:45～17:15


□ 心の悩みに関する相談

名 称	住所・電話番号	利用時間帯
北海道立精神保健福祉センター 	札幌市白石区本通16丁目北6-34 ☎ 011-864-7121（センター） 月～金曜日 8:45～17:30 ☎ 0570-064-556 （こころの電話相談） 月～金曜日 9:00～21:00 土、日、祝日 10:00～16:00 ☎ 011-864-7000（相談予約） 月～金曜日 8:45～17:30	月～金曜日 9:00～17:00


□ 発達障がい者及びその家族に対する相談・支援






北海道発達障がい支援情報サイト



名 称	住所・電話番号	利用時間帯等
北海道発達障害者支援センター「あおいそら」 (道で委託) 	函館市石川町 90-7 2F (建物の 2 階) ☎ 0138-46-0851 FAX 0138-46-0857	火・木・土曜日 10:00~17:00 (電話相談) 《担当区域》 石狩(札幌市を除く)・ 渡島・檜山・後志・ 空知・胆振・日高支庁
北海道発達障害者支援センター道東ランチ「ノット(knot)」 (道で委託) 	帯広市西 24 条南 1 丁目 32-6 ☎ 0155-67-0106	月~金曜日 9:00~17:00 《担当区域》 オホーツク・十勝・ 釧路・根室支庁
北海道発達障害者支援道北サブセンター「きたのまち」 (道で委託) 	旭川市宮前 1 条 3 丁目 3-7 「おびった内」3 階 ☎ 0166-38-1001 FAX 0166-38-1002	月~土曜日 9:00~17:00 (電話相談) 《担当区域》 上川・留萌・宗谷支庁
札幌市自閉症・発達障害者支援センター「おがる」 	札幌市東区東雁来 12 条 4 丁目 1-5 (別名称の建物「ゆい」の 2 階) ☎ 011-790-1616 FAX 011-790-1604	火、水、木曜日 10:00~16:00 (電話相談)

□ 障がい者の就職相談

名 称	住所・電話番号	利用時間帯等
北海道障害者職業センター 	札幌市北区北 24 条西 5 丁目 1-1 札幌サンプラザ5F ☎ 011-747-8231 FAX 011-747-8134	月～金曜日 8：45～17：00 《担当区域》 旭川支所の担当 エリア以外
北海道障害者職業センター 旭川支所 	旭川市 4 条通 8 丁目右 1 号 LEE 旭川ビル5F ☎ 0166-26-8231 FAX 0166-26-8232	月～金曜日 8：45～17：00 《担当区域》 旭川・北見・紋別・ 滝川・稚内・留萌・ 名寄・網走
札幌障がい者就業・生活支援 センター 「たすく」 	札幌市北区北 10 条西 1 丁目 4-2 LEE 北 10 条ビル 303 号室 ☎ 011-728-2000 FAX 011-802-6152	月～金曜日 9：00～17：00 《担当区域》 札幌市
小樽・後志地域障がい者就 業・生活支援センター 「ひろば」 	小樽市花園 2 丁目 6-7 プラムビル3F ☎ 0134-26-6381 ☎ 0134-31-3636 FAX 0134-24-2455	月曜日～金曜日 8：30～17：30 土曜日 8：30～12：30
函館障がい者就業・生活支援 センター 「すてっぴ」 	函館市石川町 90-7 ☎ 0138-34-7177 FAX 0138-34-5545	月～土曜日 9：00～18：00

名 称	住所・電話番号	利用時間帯等
<p>くしろ・ねむろ障がい者就業・生活支援センター</p> <p>「はれん」</p> 	<p>釧路市双葉町 17-18</p> <p>☎ 0154-65-6500 FAX 0154-65-6470</p>	<p>月～金曜日 8:30～17:30</p>
<p>十勝地域障がい者就業・生活支援センター</p> <p>「だいち」</p> 	<p>帯広市西6条南6丁目3 ソネビル2階</p> <p>☎ 0155-24-8989 FAX 0155-20-7367</p>	<p>月～金曜日 8:45～17:30</p>
<p>空知障がい者就業・生活支援センター</p> <p>「くわ」</p> 	<p>岩見沢市7条東13丁目22番地3</p> <p>☎ 0126-35-7763 FAX 0126-35-1205</p>	<p>月～金曜日 9:00～17:00</p>
<p>オホーツク障がい者就業・生活支援センター</p> <p>「あおぞら」</p> 	<p>北見市大通西2丁目1 まちきた大通ビル5階</p> <p>☎ 0157-69-0088 FAX 0157-69-0087</p>	<p>月～金曜日 9:00～17:00</p>
<p>石狩障がい者就業・生活支援センター</p> <p>「のいける」</p> 	<p>石狩市花川南1条4丁目225 カナオカビル3階</p> <p>☎ 0133-76-6767 FAX 0133-76-6781</p>	<p>月曜日～金曜日 (祝祭日除く) 9:00～17:00 《担当区域》 江別市・千歳市・恵庭市・北広島市・石狩市・当別町・新篠津村(原則として)</p>

名称	住所・電話番号	利用時間帯
道北障害者就業・生活支援センター「いきぬき」 	名寄市西1条南7丁目 角館商会ビル3階 ☎ 01654-9-4365 FAX 01654-9-4366	火曜日～土曜日 9:00～16:00
西胆振障がい者就業・生活支援センター「すてーじ」 	伊達市舟岡町134-15 あい・ぶらざ1階(伊達) ☎ 0142-82-3930 FAX 0142-82-3933	月曜日～土曜日 8:30～17:00
東胆振日高障害者就業・生活支援センター「かけはし」 	苫小牧市双葉町3丁目3-3 ☎ 0144-56-5119 FAX 0144-56-5344	月曜日～土曜日 (祝祭日除く) 9:00～17:00



◎障がいがある人が福祉サービスを受けるには

◎身体障がい者、療育、精神保健福祉各手帳の交付を受けるには

- ・ 釧路市役所 福祉部 障がい福祉課 ☎ 0154-31-4537

◎特別児童扶養手当を受けるには

- ・ 釧路市役所 こども保健部 こども支援課 ☎ 0154-31-4540

◎特別障害者手当、障害児福祉手当を受けるには

◎自立支援医療（更生医療、精神通院医療、育成医療）を受けるには

- ・ 釧路市役所 福祉部 障がい福祉課 ☎ 0154-23-5201

◎重度心身障害者医療費の助成を受けるには

- ・ 釧路市役所 こども保健部 医療年金課 ☎ 0154-31-4526

◎障害基礎年金の給付に関すること

- ・ 釧路市役所 こども保健部 医療年金課 ☎ 0154-31-4532

◎心身障害者扶養共済に加入するには

- ・ 釧路総合振興局 保健環境部 社会福祉課 ☎ 0154-43-9255

☆上記の情報はR7年11月現在の情報です。

詳細はHP等でご確認ください。