（別紙33）

年　月　日

心的外傷のため心理療法を必要とする障害児

施設種別	
施設名	
定員	
公認心理師資格の有無	①　有　　②　無

氏名		年齢	入所日	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

注1　備考欄には、「契約による入所」等を記入する。

注2　心理担当職員配置加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。