

さすけねえ南会津 サポートブック



ふりがな

氏 名

愛 称

サポートブックの使い方

☆ サポートブックとは ☆

お子さんの発育発達には、一人ひとりのニーズを把握し乳幼児期から学校卒業後の就労期までにわたる一貫した支援が必要です。

そのためには、お子さんや保護者を中心に、支援にかかわる関係機関・関係者が基本的な情報を共有することが大切です。

この個別支援ファイル「さすけねえ南会津サポートブック」は、成長過程に応じて一貫した支援を受けられるようにするために、ご本人や保護者自身がこれまでの支援などの状況を記録するファイルです。

☆ サポートブックの使い方について ☆

- ①ファイルを受け取ったら、記入できるところから書き入れていきましょう。
(すべてのページを記入する必要はありません。)
- ②医療機関への受診や相談、福祉サービスの手続等のときには必ず持参し、必要に応じて書き入れてもらいましょう。
- ③気づいたことや心配なことなど、何でも自由に記録しておきましょう。
用紙が不足した時は南陽会、各町村、南会津教育事務所、南会津保健福祉事務所のいずれかのホームページからダウンロードしてください。
なお、ダウンロードができない方は、各窓口にお問い合わせください。
- ④ファイルには、ご本人の相談や治療に関する資料も一緒につづっておきましょう。
- ⑤このファイルは保護者が必要な時に記録し、保管していただけます。

目 次

- プロフィール
- 緊急時の連絡先
- 生育歴・支援の経過
 - 生育歴 発達の経過 家族構成
 - 予防接種状況 既往歴 補助具
 - 居住地 保育・教育の状況 療育の状況 訓練の状況
- 健康情報
- 診断と判定について
- 交付されている手帳及び支給内容
- 記 録
- 現在の関係機関
- 相談・支援マップ
- 生活について
 - 本人の状況（各項目） 好き嫌い 一日の流れ
 - 保護者の願い
 - 保育の記録（保育所・幼稚園・通所施設等）
 - 教育の記録（就学後～卒業まで） 合理的配慮について
- 進路の記録(卒業後～就労)
- 生活の記録
- 社会生活の記録
 - その他添付書類 Free page
- 福祉サービスの種類（障害者総合支援法）
- 障害児通所・入所支援の種類（児童福祉法）
- 地域相談支援
- 地域生活援助事業の種類

プロフィール

ふりがな				顔写真
氏 名				
生年月日	年	月	日生 歳	
性 別		血液型		
住 所				
T E L	-			-
家 族 (続 柄)	()			()
	()			()
	()			()
	()			()

緊急時の連絡先

連絡順	名 前			続柄	
1	連絡先	自 宅		携 帯	
		勤 務 先			
	住 所				
2	名 前			続柄	
	連絡先	自 宅		携 帯	
		勤 務 先			
住 所					
3	名 前			続柄	
	連絡先	自 宅		携 帯	
		勤 務 先			
住 所					

ページを書き入れて使用して下さい。
同じ様子を別途印刷して利用する場合、1-(2)、
1-(3)等、() 内にページを書き入れてく
ださい。

生育歴・支援の経過

生育歴 (母子手帳を確認して記載してください。)			
妊 娠 中 の 健 康 状 態	<input type="radio"/> 不妊治療 無 ・ 有 <input type="radio"/> 妊娠中 異常なし ・ 異常あり 切迫早産・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群・前置胎盤・貧血 その他 ()		
出 産 の 状 況	<input type="radio"/> 出産病院 () <input type="radio"/> 妊娠期間 妊娠 () 週 <input type="radio"/> 分娩所要時間 (時間 分) <input type="radio"/> 分娩の状況 自然分娩・帝王切開・鉗子分娩・吸引分娩 その他 ()		
出 産 時 の 児 の 状 態	<input type="radio"/> 出生体重 (g) <input type="radio"/> 異常なし ・ 異常あり 所見 仮死 (日間) ・ 黄疸 ・ その他 () 処置 保育器使用 (日間) ・ 光線療法 (日間) その他 ()		
発達経過			
くびのすわり	歳 か月頃	寝 返 り	歳 か月頃
お す わ り	歳 か月頃	は い は い	歳 か月頃
つかまり立ち	歳 か月頃	歩 行	歳 か月頃
意味のある言葉を話す(ママ,ママ,ハ°ハ° ,ブ°ブ°等)			歳 か月頃

家族構成

予防接種状況（接種済みに☑）		
定期接種	任意接種	
ヒブ 【 □□□□ 】	ロタウイルス1価 【 □□ 】	
肺炎球菌 【 □□□□ 】	ロタウイルス5価 【 □□□ 】	
三種または四種混合 【 □□□□ 】	おたふくかぜ 【 □□ 】	
ポリオ 【 □□□□ 】	A型肝炎 【 □□□ 】	
BCG（結核） 【 □ 】	髄膜炎菌 【 □ 】	
MR（麻しん風しん） 【 □□ 】		
水痘（水ぼうそう） 【 □□ 】		
日本脳炎 【 □□□□ 】		
B型肝炎 【 □□□ 】		
二種混合 【 □ 】		
HPV（女子のみ） 【 □ 】		
既往歴		
病名	年月日	処置、備考等
おたふくかぜ	年 月 日	
水ぼうそう	年 月 日	
麻しん（はしか）	年 月 日	
風しん（三日はしか）	年 月 日	
ぜんそく・アレルギー等		
病名	年月日	処置、備考等
ぜんそく	年 月 日	
アレルギー性鼻炎	年 月 日	
花粉アレルギー	年 月 日	
食物アレルギー	年 月 日	

てんかん		
診断医療機関	科	
主治医		
診断年月	年	月
検査	年月日	備考
発作症状		
<input type="checkbox"/> 意識が無くなる <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 身体の一部がけいれん（部位： ） <input type="checkbox"/> 全身硬直 <input type="checkbox"/> 身体の一部が硬直（部位： ） <input type="checkbox"/> その他（ ） 【具体的な症状】		
発作時間（平均）	分程度	
発作が多い時間	<input type="checkbox"/> 時頃 ~ 時頃 <input type="checkbox"/> 不明	
覚醒後の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（ ）	
発作頻度	<input type="checkbox"/> 年に 回程度	
	<input type="checkbox"/> か月に 回程度	
	<input type="checkbox"/> 日に 回程度	
最終発作日	年 月 日 ※記入時現在	
服薬	※服薬時間も記入	
医師から指示されていること		
その他留意事項		

補助具			
名称	有無	購入年月日	使用・その他
補装具 	有 無		
座位保持 イス 	有 無		
バギー 	有 無		
車いす 	有 無		
PC ウォーカー 	有 無		
U字型 歩行器 	有 無		
SRC ウォーカー 	有 無		
その他	有 無		

居住地（転居等により居住地が変わった場合、記載してください）	
居住期間	住所
年 月（オ カ月）～	
年 月（オ カ月）～	
年 月（オ カ月）～	
保育・教育の状況	
保育所	名称 年 月 ～ 年 月
幼稚園	名称 年 月 ～ 年 月
小学校	名称 年 月 ～ 年 月
特別支援学校	名称 年 月 ～ 年 月
中学校	名称 年 月 ～ 年 月
特別支援学校	名称 年 月 ～ 年 月
高校	名称 年 月 ～ 年 月
特別支援学校	名称 年 月 ～ 年 月
大学	名称 年 月 ～ 年 月
その他	名称 年 月 ～ 年 月
療育の状況	
発達支援センター	名称 年 月 ～ 年 月
放課後児童デイ	名称 年 月 ～ 年 月
ショートステイ	名称 年 月 ～ 年 月
児童入所施設	名称 年 月 ～ 年 月
その他①	名称 年 月 ～ 年 月
その他②	名称 年 月 ～ 年 月
訓練の状況	
理学療法	名称 年 月 ～ 年 月
作業療法	名称 年 月 ～ 年 月
言語療法	名称 年 月 ～ 年 月
その他訓練①	名称 年 月 ～ 年 月
その他訓練②	名称 年 月 ～ 年 月

健康情報

定期的に通院している医療機関からの注意事項、服薬を記載してください。

病 院 名	(科)		
主治医氏名		TEL	
服用中の薬			
診 断 名			
〔特記事項〕 ※主治医からの注意事項など			
病 院 名	(科)		
主治医氏名		TEL	
服用中の薬			
診 断 名			
〔特記事項〕 ※主治医からの注意事項など			

診断と判定について

年月日	機関名	診断名・判定内容

交付されている手帳及び支給内容

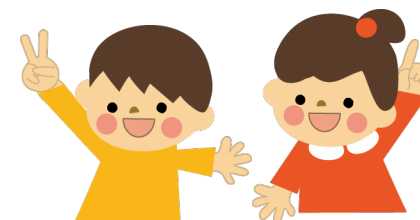
療育手帳	無・有 (A ・ B)	年 月交付	
身体障害者手帳	無・有 (種 級)	年 月交付	
精神保健福祉手帳	無・有 (種 級)	年 月交付	
重度心身障害者医療	該当・非該当	障害基礎年金	1 級 ・ 2 級
特別児童扶養手当	無・有 (級)	障害児福祉手当	無 ・ 有
自立支援医療	無・有 (精神通院 ・ 更生 ・ 育成)		
日常生活用具 ・ 補装具	無 ・ 有		

年月日	機関名	内容・検査結果等

現在の関係機関

友だち・コミュニティー

家族



学校・サービス

現在関わっている機関について記載してください。(例) 学校、保育所、児童デイサービス、医療機関など

～みなみあいづ～
相談・支援マップ

<p>保健・福祉(県) ○南会津保健福祉事務所 保健福祉課 Tel0241-63-0305 ○会津児童相談所 南会津相談室 Tel0241-63-0309</p>	<p>困りごと相談 年金申請 就労支援 就労訓練 生活支援</p>	<p>教育(県) ○福島県教育庁 南会津教育事務所 Tel0241-62-5255</p>
<p>教育 ○南会津町教育委員会 Tel0241-62-6300 ○下郷町教育委員会 Tel0241-69-1166 ○只見町教育委員会 Tel0241-82-5320 ○檜枝岐村教育委員会 Tel0241-75-2342</p>	<p>福祉サービス 高校・大学 保護者会・サカ 小・中学校 幼稚園・保育園</p>	<p>母子保健・福祉 ○南会津町 健康福祉課 Tel0241-62-6170 ・保健センター Tel0241-62-6180 ・館岩総合支所 町民課 Tel0241-78-3325 ・伊南総合支所 町民課 Tel0241-76-7713 ・南郷総合支所 町民課 Tel0241-72-2225 ○下郷町 健康福祉課 Tel0241-69-1199 ○只見町 保健福祉課 Tel0241-84-7010 ○檜枝岐村 住民課 Tel0241-75-2502</p>
<p>労働 ○ハローワーク南会津 Tel0241-62-1101</p>	<p>就学相談 手当申請 専門医療機関 療育訓練 子育て支援</p>	
<p>その他の支援機関 ◆相談支援 ○指定特定相談支援事業所あたご Tel0241-62-5455 ○みなみあいづ障がい者相談センター Tel0241-64-5120 ◆就業支援 ○会津障害者就業・生活支援センター ふうんていあ Tel0242-25-2242</p>		

生活について

食事	<p>《食事状況》 <input type="checkbox"/>食べさせている <input type="checkbox"/>介助は必要だが自分で食べようとする <input type="checkbox"/>一人で食べる <input type="checkbox"/>その他 () ・食事の姿勢 () ・1回の量 () ・所要時間 (分)</p> <p>《食事形態》 <input type="checkbox"/>経管栄養 () <input type="checkbox"/>経口摂取 <input type="checkbox"/>ほ乳瓶使用 <input type="checkbox"/>ミキサーにする <input type="checkbox"/>柔らかく調理して食べる <input type="checkbox"/>家族と同じ物を刻む <input type="checkbox"/>おかずは家族と一緒にのものを食べる <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>《食器用具》 <input type="checkbox"/>スプーン <input type="checkbox"/>フォーク <input type="checkbox"/>箸 <input type="checkbox"/>その他(自助具等) ()</p> <p>《食事状況》 <input type="checkbox"/>飲み込めない <input type="checkbox"/>噛まずに飲み込む <input type="checkbox"/>普通に食べる <input type="checkbox"/>よくむせる <input type="checkbox"/>時々むせる <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>《食欲》 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>変動する ・好きな食べ物 () ・嫌いな食べ物 ()</p> <p>《配慮が必要なこと》</p>
	水分状況

トイレ	排尿	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> パンツを使用 <input type="checkbox"/> 尿器を使用 <input type="checkbox"/> おむつを使用（頻度・間隔） <input type="checkbox"/> 定時にさせる（：、：、：、：） <input type="checkbox"/> 尿意を知らせる（方法） <input type="checkbox"/> その他（） ≪配慮が必要なこと≫
	排便	<input type="checkbox"/> 自然に便が出る（毎日・日毎）（1日 回） <input type="checkbox"/> 便の状態（） <input type="checkbox"/> トイレでできる <input type="checkbox"/> 定時にさせる（：、：、：、：） <input type="checkbox"/> 排便を知らせる（方法） <input type="checkbox"/> 便意を教える（方法） <input type="checkbox"/> 浣腸・下剤を使用している（下剤名）（頻度） <input type="checkbox"/> その他（） ≪配慮が必要なこと≫
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自分で着られる <input type="checkbox"/> 一部手助け（） <input type="checkbox"/> 全部着せている ≪配慮が必要なこと≫	
洗面・歯磨き・入浴	洗面・歯磨き	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 全部手助け <input type="checkbox"/> 一部手助け ≪配慮が必要なこと≫
	入浴	≪配慮が必要なこと≫入浴方法等

睡眠	<input type="checkbox"/> 寝つきがわるい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 癖・こだわりがある ≪配慮が必要なこと≫	
外出・移動	姿勢	<input type="checkbox"/> 寝たきりで首のすわりなし <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 支えがあれば座っている <input type="checkbox"/> 支えなしで座っている <input type="checkbox"/> 膝で立つ <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 一人で立つ <input type="checkbox"/> その他（）
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり （具体的な状況：） <input type="checkbox"/> なし
	移動	<input type="checkbox"/> （バギー・車いす）で移動する <input type="checkbox"/> 車いすを自走する <input type="checkbox"/> 支えられて歩く <input type="checkbox"/> 一人で歩く <input type="checkbox"/> その他（） <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝返りをする <input type="checkbox"/> 背で軸まわりをする <input type="checkbox"/> 背ばいで移動する <input type="checkbox"/> 腹ばいで移動する <input type="checkbox"/> 四つばいで移動する <input type="checkbox"/> 膝立ちで移動する <input type="checkbox"/> つたい歩きをする <input type="checkbox"/> 歩ける <input type="checkbox"/> その他（）
コミュニケーション	意思伝達 <small>本人から 他人へ</small>	<input type="checkbox"/> 言葉で伝えられる（単語・二語文・） <input type="checkbox"/> 独自の方法で伝えられる（身振り・絵カード・写真・） ≪配慮が必要なこと≫
	理解 <small>他人から 本人へ</small>	<input type="checkbox"/> 言葉で伝える（単語・二語文・） <input type="checkbox"/> 独自の方法で伝える（身振り・絵カード・写真・） ≪配慮が必要なこと≫

こだわり	行動・言動	こだわり①	こだわり②	こだわり③	
	対応				
自傷・他害	行動・言動	自傷・他害①	自傷・他害②	自傷・他害③	自傷・他害④
	原因				
	対応				
パニック	行動・言動	パニック①	パニック②	パニック③	パニック④
	原因				
	対応				

項目 (遊び等)	好き	嫌い

一日の流れ				
時間	平日 (月～金)	休日 (土・日・祝日)	服薬	関わり等の留意事項
1:00				
2:00				
3:00				
4:00				
5:00				
6:00				
7:00				
8:00				
9:00				
10:00				
11:00				
12:00				
13:00				
14:00				
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00				
0:00				

-()

保護者の願い		
就学前	希望保育所・幼稚園	
	希望通所施設	
	希望入所施設	
小学生時期	希望小学校・小学部	小学校 ・ 養護学校
	希望する居住地	自宅・入所施設 (市町村：)
	希望通所施設	
	希望入所施設	
中学生時期	希望中学校・中学部	中学校 ・ 養護学校
	希望する居住地	自宅・入所施設 (市町村：)
	希望通所施設	
	希望入所施設	
高校生時期	希望高等学校・高等部	高等学校 ・ 養護学校
	就労福祉施設希望	
	希望する居住地	自宅・入所施設 (市町村：)
	希望通所施設	
成人期	希望する就労	一般就労・就労福祉施設・その他 ()
	希望する生活支援施設	
	希望する居住地	自宅・入所施設又はグループホーム等 (市町村：)

-()

この用紙は、1年毎に記入すると、より具体的な支援に活用いただけます。

保育の記録(保育所・幼稚園・通所施設等)			
期 間		年 月 ~ 年 月	
保育園・幼稚園等名			
組・クラス		組	人クラス
担任氏名			
家庭	本人の様子	入園(所)時	卒園(満了)時
	その他 特記事項		
期 間		年 月 ~ 年 月	
保育園・幼稚園等名			
組・クラス		組	人クラス
担任氏名			
家庭	本人の様子	入園(所)時	卒園(終了)時
	その他 特記事項		

教育の記録(就学後～卒業まで)		
期 間		年 月 ~ 年 月
学校名		
学級名(種別)		組(通常学級・特別支援学級・通級指導教室)
担任氏名(通級・支援員等担当者氏名)		
教育ニーズ	本人の願い	
	保護者の願い	
	教師の願い	
学習及び生活の状況		
本人の様子		
学習		
生活		
その他		
生活及び家庭の状況		
本人の生活の様子や伸ばしたいこと		
家庭の状況や心配なことなど、支援者に知っておいてほしいこと		

合理的配慮提供について		
合理的配慮提供とは？		
支援を必要とする人が、社会で生活しやすくするための工夫のことです。		
代表的な合理的配慮の例		
移動が困難な方のために  段差がある場合に補助する(キャスター上げ、携帯トイレ)など	疲労を感じやすい方のために  疲労や緊張などに配慮し別室や休憩スペースを設けるなど	聞こえにくい方のために  ゆっくり短い言葉や文章で、わかりやすく話しかけるなど
聴覚過敏の児童生徒のために  机・いすの脚に緩衝材をつけて雑音を軽減するなど	視覚情報の処理が苦手な児童生徒のために  黒板周りの掲示物の情報量を減らすなど	意思疎通のために  絵や写真カード、ICT 機器(タブレット端末等)を活用するなど
合意した配慮の内容		
年齢 (学年)	どんな困りごとに対して	どんな配慮を
歳 ()		

合意した配慮の内容		
年齢 (学年)	どんな困りごとに対して	どんな配慮を
歳 ()		
歳 ()		
歳 ()		
歳 ()		
歳 ()		

進路の記録 (卒業後～就労)

進路についての希望

本人の希望	
保護者の意向	

現在の生活状況

日常生活	
対人関係	
その他	

卒業後に希望する支援

進学先または就労先 における支援	
生活についての支援	

生活の記録

成年後見制度利用	無・有（後見・ 保佐・ 補助）
安心サ [®] -ト事業 (日常生活自立支援事業)	利用している ・ 利用していない

生活の記録

利用期間	就職・入所先	活動内容	特記事項
(例)〇月〇日～〇月〇日	〇〇〇会社	就労継続支援	
(例)〇月〇日～〇月〇日	〇〇〇ホーム	共同生活援助 (グループホーム)	

Free page

その他添付書類

-()



-()

Free page

福祉サービスの種類（障害者総合支援法）

	サービスの種類	サービスの内容
介護給付	居宅介護	ヘルパーが家に来て、身の回りの手伝いをしてくれます。 ○着替えや入浴の手伝い ○食事の用意 ○部屋の掃除や洗濯
	重度訪問介護	ヘルパーが、重い障がいのある人の家に来て、日常生活や外出の手伝いをしてくれます。
	同行援護	視覚障がいのある人のことをよくわかっているヘルパーがそばにいて、安心して外出できるように支援してくれます。
	行動援護	知的障がい・精神障がいのある人のことをよくわかっているヘルパーがそばにいて、安心して外出できるように支援してくれます。
	重度障害者等包括支援	重い障がいのある人が、生活するために必要なサービスを組み合わせて使うことができます。 ○重度訪問介護と短期入所 ○生活介護と共同生活介護 など
	短期入所（ショートステイ）	家族に用事があるときなどに、施設に短期間泊まることができます。
	療養介護	重い障がいのある人が入院して医療を受けながら、日常生活の手伝いを受けることができます。
	生活介護	施設で、日中活動の支援を受けることができます。 ○入浴、トイレ、食事の手伝い、作業 等
	施設入所支援	日常生活の手伝いを受けながら、施設で暮らすことができます。
	訓練等給付	自立訓練（機能訓練）
自立訓練（生活訓練）		障がいのある人が、地域での生活に困らないように、自分で身の回りのことをする訓練を受けることができます。（利用期間 2年以内）
自立訓練（宿泊型訓練）		夜間共同生活をしながら、日常生活に関することを訓練を受けることができます。（利用期間 1年ごとに更新）
就労移行支援		企業に就職するための訓練（コミュニケーション、体力作り、面接の練習、実際の職場での実習）を受けられます。仕事探しの相談にものってくれます。（利用期間 2年以内）
就労継続支援 A 型		雇用契約に基づき、継続的に働くことができます。利用期間の定めはなし。 ・企業に勤めていたが、事情により離職してしまった方。 ・在学中企業実習に取り組んだが採用に至らなかった方。
就労継続支援 B 型		非雇用の形態で、生産活動や自主製品製作活動等の訓練を受けることができます。利用期間の定めなし。 施設外活動（企業での仕事や施設清掃等）を行っている事業所があります。
共同生活援助（グループホーム）		障がいのある人たちが、アパートや借家等で一緒に暮らします。世話人から日常生活の手伝いを受けることができます。 ○入浴、トイレ支援 ○お金の管理 ○食事の用意 など



障害児通所・入所支援の種類（児童福祉法）

障害児通所支援	サービスの種類	サービスの内容
障害児通所支援	児童発達支援	未就学児を対象とし、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他必要な支援を行います。
	医療型児童発達支援	児童発達支援及び治療を行います。
	放課後等デイサービス	就学児を対象とし、生活能力向上のために必要な訓練、社会との交流の促進、その他必要な支援を行います。
	保育所等訪問支援	保育園、幼稚園、こども園、小学校などに在籍している障がいを持った子どもに対して、集団生活適応のための専門的な支援を行います。
障害児入所支援	入所する障がい児に対して保護、日常生活の指導及び知識技能支援を行います。	

地域相談支援

地域相談支援	サービスの種類	サービスの内容
地域相談支援	地域移行支援	施設に入所又は精神科病院に入院している者を対象に、住居の確保や生活に移行するための活動の支援を行います。
	地域定着支援	居宅において単身等で生活する障がい者を対象とし、常時の連絡体制を確保し、障がいの特性に起因して生じた緊急の事態等に相談、緊急訪問等の支援を行います。

地域生活支援事業の種類

地域生活支援事業	サービスの種類	サービスの内容
地域生活支援事業	相談支援	困ったことがあるときや、新しくサービスを利用したいときに相談ののてくれます。
	移動支援	ヘルパーが外出する手伝いをしてくれます。
	地域活動支援センター	障がいのある人が、日中活動の支援をしてもらえます。 ○生活上の相談 ○スポーツ、レクリエーション ○作業 など
	日中一時支援	障がいのある人の日中における活動の場を確保し、その家族の就労支援及び介護者の一時的な休息の場を提供してもらえます。

◎地域生活支援事業の利用については市町村で実施の状況が異なります。また、法律の改正によって内容が変わることがありますので、利用された場合は各町村の福祉担当課におたずねください。



さすけねえ南会津サポートブック

平成28年 9月発行

参考資料

福島県発達障がい者支援体制整備検討会「ふくしまサポートブック」
東白川地域自立支援協議会「東白川サポートブック」
しらかわ地域自立支援協議会教育・子ども支援部会「あんしんサポートブック」

編集：南会津地方地域自立支援協議会 子ども部会

南会津町：南会津町役場 健康福祉課 TEL0241-62-6170
〒967-0004 南会津町田島字後原甲 3531 番地 1
下郷町：下郷町役場 健康福祉課 TEL0241-69-1199
〒969-5345 下郷町大字塩生字大石 1000 番地
只見町：只見町役場 保健福祉課 TEL0241-84-7010
〒968-0442 只見町大字長浜字久保田 3 1
檜枝岐村：檜枝岐村役場 住民課 TEL0241-75-2502
〒967-0525 檜枝岐村字下ノ原 880
みなみあいづ障がい者相談センター：TEL0241-64-5120
〒969-5311 下郷町豊成字榎原 2489