

かすが園・若葉園 入園申込書

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 全日 ・ <input type="checkbox"/> 併行 ・ <input type="checkbox"/> 訪問支援 | | 申込日 令和5年11月〇日 | 入園希望月 令和6年4月 | |
| 保護者 | 住所 | 〒320-0851 宇都宮市鶴田町970-1 | | |
| | ふりがな | かすが たろう | 連絡先 | (父・ <input checked="" type="checkbox"/> 母) 080-0000-xxxx |
| | 氏名 | 春日 太郎 | | |
| 児童 | ふりがな | かすが はなこ | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女 |
| | 氏名 | 春日 花子 | 生年月日 | H・R 1年 ▽月 ○日 |
| | | | 年齢 | 4歳 ○か月 |
| | 現在の状況 | 診断名 脳性麻痺 | 医療的ケアの ケアの状況 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 無) | |
| | 入園までの経緯及び関係機関等 | 宇都宮市子ども発達センター (発達相談 ・ 診療検査) (カンガルー教室 ・ なないろ教室 [理学療法・作業療法・言語療法・心理]) (担当) 栃木県立リハビリテーションセンター (<input checked="" type="checkbox"/> 親子通園 ・ リハビリ外来) (R 3年 4月 ~ 4年 3月) 児童発達支援事業所 (事業所名 △△△△△) (H <input checked="" type="checkbox"/> R 4年 4月 ~ 5年 3月) (事業所名) (H・R 年 月 ~ 年 月) 医療機関 (獨協医大 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 自治医大 ・ 済生会 ・ その他) 保育園・幼稚園等 () (H・R 年 月 ~) 地区保健師 (担当) その他 () | | |
| 手帳等 | 療育手帳 (A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2) ・ なし ・ 申請中 ・ 申請予定 身体障がい者手帳 (○ 種 ○ 級) ・ なし ・ 申請中 ・ 申請予定 | | | |
| 通所受給者証 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし ・ 申請中 ・ 申請予定 | | |
| 利用計画 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり (計画中含む) (事業所 [▲▲▲▲] ・ <input checked="" type="checkbox"/> セルフ) ・ なし | | |
| 家庭状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 備考 (勤務先等) |
| | 春日 太郎 | 父 | <input checked="" type="checkbox"/> S・H・R ○×年△月 □日 | ●●株式会社 |
| | 春日 花子 | 母 | <input checked="" type="checkbox"/> S・H・R ○×年×月 ×日 | 主婦 |
| | 春日 一郎 | 兄 | S <input checked="" type="checkbox"/> H・R ○年 □月 ●日 | 小学○年生 |
| | | | | S・H・R 年 月 日 |
| | | | S・H・R 年 月 日 | |

上記の通り申し込みます。申込にあたり、関係機関より情報提供を受けることに同意します。

保護者 署名 春日 太郎

受付者 ()