

かすが園・若葉園 入園申込書

全日 ・ 併行 ・ 訪問支援		申込日	年 月 日	入園希望月	年 月	
保護者	住所	〒				
	ふりがな			(父・母)		
	氏名		連絡先			
児童	ふりがな		性別	男 ・ 女		
	氏名		生年月日	H・R 年 月 日		
				年齢	歳 か月	
	現在の状況	診断名	医療的ケアの有無 ケアの状況 ( )			
	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 (親子通園 ・ リハビリ外来) (R 年 月～ 年 月) 児童発達支援事業所 (事業所名 ) (H・R 年 月～ 年 月) (事業所名 ) (H・R 年 月～ 年 月) 医療機関 (獨協医大・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	あり ・ なし ・ 申請中 ・ 申請予定					
利用計画	あり(計画中を含む)(事業所 [ ]・セルフ) ・ なし					
家庭状況	氏名	続柄	生年月日	備考(勤務先等)		
			S・H・R 年 月 日			
			S・H・R 年 月 日			
			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 \_\_\_\_\_

受付者 ( )