

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	わかば たろう	連絡先	(父・ <input checked="" type="checkbox"/> 母) 080-0000-xxxx
	氏名	若葉 太郎		
児童	ふりがな	わかば はなこ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
	氏名	若葉 花子	生年月日	H・ <input checked="" type="checkbox"/> R 1年 ▽月 〇日
			年齢	4歳 〇か月
	現在の状況	診断名 自閉症スペクトラム, 言葉の遅れ	医療的ケアの有 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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 @×先生 ) 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～ 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 ( わかば保育園 ) (H・ <input checked="" type="checkbox"/> R 4年 4月～) 地区保健師 (担当 ) その他 ( )		
手帳等	療育手帳 (A1・A2・B1・ <input checked="" type="checkbox"/> B2) ・ なし ・ 申請中 ・ 申請予定 身体障がい者手帳 ( 種 級 ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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(計画中包含む)(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)
	若葉 太郎	父	<input checked="" type="checkbox"/> S・H・R 〇×年△月 □日	●●株式会社
	若葉 花子	母	<input checked="" type="checkbox"/> S・H・R 〇×年×月 ×日	主婦
	若葉 一郎	兄	S <input checked="" type="checkbox"/> H・R 〇年 □月 ●日	小学〇年生
				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 若葉 太郎 受付者 ( )