単独通所事業「あゆみ」　２０２０年度利用児入所申込書

受付日　　　 　　　　受付No.

事務記入欄：（記入しないでください）

記入日：　20　　　 　年　　 　　月　 　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | お子さまの生年月日・年齢 | ２０　　　　　年　　　　　月　　　　　日　生まれ　　　　　　　　歳　　　　　ヶ月（2020年4月1日時点） |
| お子さまの氏名 |  　　　　 男　女　 |
| ふりがな |  | 現在の所属 |  |
| 保護者氏名 |  |
| 住　所 | （〒　　　　　－　　　　　　　） | 電話 |  |
| FAX |  |
| 家族構成※同居されている方をご記入ください | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業・所属園・学校 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 発達支援あゆみ単独通所事業の利用を希望された理由についてお書きください |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 通所方法の希望 | □自力通所を希望　（方法：□徒歩　□自転車　□自家用車　□その他（　　　　　　　））□送迎バスを希望□どちらでもよい |
| 保護者のみで来所時の交通手段※懇談や勉強会など | □徒歩　　□自転車　　□自家用車　　□その他（　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害について | 診断名 | 診断を受けた医療機関名 | （医師名：　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　 |
| 診断された時期 | ２０　　　年　　　月 |
| 手帳の有無 | □なし□あり（　療育手帳　A　・　B1　・　B2　・　精神保健福祉手帳　・　身体障害者手帳　） |
| てんかん発作 | □なし□あり　→どのような発作ですか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |