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？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |