

泉大津市立児童発達支援センター長 様

保護者名:

住 所:(〒 -)

泉大津市

電 話:

令和 年度 利用申請書

☐ 児童発達支援 (第1希望、第2希望を記入してください)【第1希望】 ☐ 毎日通園 ☐ 個別療育 / 【第2希望】 ☐ 毎日通園 ☐ 個別療育 ☐ 希望なし☐ 保育所等訪問支援

標記につき、児童福祉法に基づく泉大津市立児童発達支援センターにじっこ(児童発達支援・保育所等訪問支援)を利用したく下記のとおり申請いたします。

記

区分	氏名(ふりがな)	続柄	生年月日	年齢	職業・所属(学校等)名
児童名			H・R 年 月 日		
家族構成			S・H・R 年 月 日		
			S・H・R 年 月 日		
			S・H・R 年 月 日		
			S・H・R 年 月 日		
			S・H・R 年 月 日		
			S・H・R 年 月 日		

(児童の発達・発育状況)

(児童の医療(訓練等)の受診状況)

(特に配慮を必要とする内容)

(紹介機関名

担当者名

)

(例)市役所 発達相談員、市立病院 医師、訓練担当などをご記入ください。

申請時に提供した児童及びその家族の個人情報については、必要最小限の範囲内(子育て応援課や保健所、その他児童が利用するサービス事業者等の関係機関との情報交換や利用検討会議等)で使用することに同意します。また、これらの関係機関に児童の発達に関する情報提供を依頼することに同意します。

保護者氏名