

## 保育所等訪問支援利用申請書

保護者記入		申請日 令和 年 月 日		
ふりがな 児童名	男・女	生年月日 年 月 日	平成・令和 年 月 日	年齢 歳 月
保護者名	続柄( )	電話番号	① — — ( )	② — — ( )
		メールアドレス		
住 所	〒 — 新潟市 区			
現在通っている 施設名	保育園・幼稚園・認定こども園 小学校(通常の学級・特別支援学級) 特別支援学校・放課後児童クラブ その他( )			
現在利用している 療育関係機関等	<input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所 <input type="checkbox"/> 放課後デイサービス <input type="checkbox"/> 医療関係機関 ( 病院・クリニック ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 利用していない ※該当のものに☑をつけてください。			
相談支援事業所	担当: 連絡先: — —			
障がい又は疾患名	自閉スペクトラム症 ADHD 知的障害 その他( )			
報告の方法	メール 電話 ※ご希望の方法に○をつけてください。			
手帳	・療育手帳 無 有 ( A ・ B ) ・身体障がい手帳 無 有 ( 種 級 ) ※該当するものを記入してください。			
アレルギー等 医療的配慮等	無・有 ( )			
家族構成	祖父 祖母 父 母 兄 姉 弟 妹 その他( ) ※同居されているご家族に○をつけてください。			