

こころん通所利用申請書

申請日 令和 年 月 日

ふりがな 園児名	男 ・ 女	生年月日	令和 年 月 日
		年 齢	歳 月 (令和9年3月末現在)
保護者名		連絡先	- -
住 所	〒 区 新潟市		
	(申請時、市外に住所がある場合はご記入ください)		
家 族 構 成 * 同居されているご家族に○をつけてください			
父 母 兄 姉 弟 妹 祖父 祖母 その他 ()			
発達、疾病、リハビリ等で受診している医療機関・担当医師			
医療機関名 (	病院・クリニック) 担当 () 医師		
リハビリ	* 該当するリハビリに○をつけ、リハビリを受けている医療機関の名称をお書きください ① PT ② OT ③ ST ()		
診断名、アレルギー等の医療的配慮が必要なことはありますか ある ・ ない			
診断名 (	) 医療的配慮 ()		
現在利用している園、療育・相談機関 等がありますか * 該当する箇所○をつけてください			
(ア) ない			
(イ) ある			
* 下の該当する番号に○をつけ、園名、機関名をお書きください			
① 保育園・こども園		② 区の療育教室	
()		()	
③ 児童発達支援		④ 指定障がい児相談支援事業所	
()		()	
⑤ その他			
()			
(ウ) 以前利用していた			
()			
各種手帳や受給者証はお持ちですか ある ・ ない			
① 療育手帳 (等級 A ・ B)		② 身体障害者手帳 (等級 1 ・ 2 級)	
③ 通所受給者証		④ その他 ()	

通所利用申請に伴い、こころんが各関係機関からお子さんについての情報提供をいただくことに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名