

こころん通所利用申請書

年齢は、令和8年3月末現在の満年齢を記入ください

申請日 令和 年 月 日

ふりがな 園児名	にいがた ころん 新潟 ころん	男・女	生年月日	令和 年 月 日
			年齢	歳 月 (令和8年3月末現在)
保護者名	新潟 ○○	連絡先	- -	
住 所	〒 新潟市 令和8年4月1日に新潟市に住所がないと申請できません。申請時、市外に住所がある場合は必ずご記入ください。 (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	はまぐみ小児療育センター 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 はっきりとした診断は出ていないが、「○○の傾向」等、医療機関受診時の医師の話などがあればご記入ください。 ① PT ② OT			
診断名、アレルギー等の医療的配慮が必要なこ ますか ある ・ ない				
診断名	自閉スペクトラム症 医療的配慮 (卵アレルギー)			
現在利用している園、療育・相談機関 等はありませんか * 該当する箇所に○をつけてください				
(ア) ない				
① ある				
* 下の該当する番号に○をつけ、園名、機関名をお 児童発達支援事業所や各区の療育教室 1歳半・3歳児健診後のフォロー健診などを 利用した場合もご記入ください				
① 保育園・こども園 (○○○○保育園)				
③ 児童発達支援 (○○くらぶ)				
④ 指定障がい児相談支援事業所 ()				
⑤ その他 (○○○○健診で経過観察中)				
(ウ) 以前利用していた ()				
取得している各種手帳がある場合はご記入ください。				
各種手帳・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

各関係機関(保健師・児童相談所など)から情報をいただくことに同意していただける場合はご記入ください。