豊中市立児童発達支援センター【通所部門】

　受付日　　受付No.

事務記入欄（記入しないでください）

単独通所事業 令和６年（2024年）度利用申込書

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  （記入日時点） | | |
| お子さまの氏名 | 男  女 | | | |
| ふりがな |  | | | | 現在  通っている  療育等 |  | | |
| 保護者氏名 |  | | | |
| 住　所 | （〒　　　　　－　　　　　　　） | | | | 電話 |  | | |
| 家族構成  ※同居されている方をご記入ください | 氏名（ふりがな） | 続柄 | 年齢 | 職業・所属園・学校 | | | 備考 |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| アレルギー | □なし  □あり　→どのようなアレルギーですか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※アレルギー対応には医師の診断が必要です |

|  |  |
| --- | --- |
| 障害等の  診断について | □なし  □あり　→どのような診断名ですか？（　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　＊診断を受けた医療機関名（　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　＊診断を受けた時期　　　　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？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 保護者のみで来所時の交通手段 | □徒歩　　□自転車　　□自家用車　　□その他（　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【申込方法について確認】  見学はお済みですか？  （旧：発達支援あゆみの見学も可） | □はい | →郵送での申込が可能です。  送付先：〒561-0854 豊中市稲津町1-1-20　1階  豊中市立児童発達支援センター【通所部門】宛 |
| □いいえ | →直接お越しいただき、申込書を提出してください。 |

郵送された方へは、申込書が届きましたら、こちらからお電話をさせていただきます。

お電話が来ない場合は、お手数ですがお問い合わせくださいますよう、よろしくお願いいたします。