

様式第 2 号（第 5 条関係）

三鷹市子ども発達支援センター障害児相談支援事業等利用申込書

申請日 年 月 日

（あて先）三鷹市長

利用申込者 住 所
氏 名
電 話

三鷹市子ども発達支援センターの障害児相談支援事業等の利用を次のとおり申し込みます。

ふ り が な			生 年 月 日	
利 用 者 名				
利用サービス区分			利用開始希望	年 月から
保 護 者 名			利用者との続柄	
障がい発生時期 及び障がい原因			障がいの現況	
手 帳 の 有 無	身 体 障 害 者 手 帳		都道府県 第 号 (年 月 日交付) 種別・等級 種 級	
	愛の手帳（療育手帳）		都道府県 第 号 (年 月 日交付) 程度 度	
家 族 状 況	氏 名	利用者との 続柄	生年月日	備 考

※利用申込者の方が契約者となります。