

様式第1号（第5条関係）

三鷹市子ども発達支援センター児童発達支援事業等利用申込書

（あて先）三鷹市長 申請日 年 月 日

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児童発達支援事業等の利用を次のとおり申し込みます。

利用する事業		<input type="checkbox"/> 児童発達支援事業		<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援事業		
ふりがな			生年月日	年	月 日	
利用者名			年齢	歳	か月	
保護者名	続柄		利用開始希望	年	月から	
現在通っている施設名	保育園 ・ 幼稚園 ・ 認定こども園 ・ なし					
施設の住所			電話番号			
			FAX			
受給者証の有無		<input type="checkbox"/> 持っている		<input type="checkbox"/> 持っていない		
※持っている場合のみ		受給者証に児童発達支援事業の記載が		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
		受給者証に保育所等訪問支援事業の記載が		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
利用中の関係機関等	<input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所① 事業所名		曜日	頻度		
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所② 事業所名		曜日	頻度		
	<input type="checkbox"/> 医療機関（		病院・クリニック）			
	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> その他（		）			
障がい又は疾患名		<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> 知的障害				
		<input type="checkbox"/> その他（				
手帳	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	都道府県 第 号	年 月 日交付	
				種別・等級		
	愛の手帳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	都道府県 第 号	年 月 日交付	
				程度	度	
(備考) ・ 希望理由（困っていること・支援してほしいこと） ・ 保護者の願い（なしてほしい姿） ・ お子さんの希望						

※利用申込者の方が契約者となります。