

宇都宮市子ども発達センター

かすが園・若葉園 入園申込書

全日 ・ 併行 ・ 訪問支援 申込日 令和 年 月 日 入園希望月 令和 年 月

保護者	住所	〒320-0851 宇都宮市鶴田町970-1		電話番号	028-647-4710	
	ふりがな	かすが たろう		連絡先	(父・母)	
	氏名	春日 太郎			090-4710-4720	
児童	ふりがな	かすが はなこ		性別		
	氏名	春日 花子		生年月日	(H)・R ○年○月○日	
				年齢	×歳 ○○ヶ月	
	現在の状況	診断名, 医療的ケアの有無など 脳性麻痺, 経鼻経管栄養・口腔, 鼻腔吸引				
	入園経緯及び関係機関	>子ども発達センター (発達相談・診療検査・カンガルー教室・外来) ( 年 月 ~ 年 月 :担当 ) >とちぎリハビリテーションセンター (通園・リハビリ外来:担当 ) (令和3年4月~令和4年3月) >宇都宮市健診事業 1歳6ヶ月・2歳・3歳 >保健師 ( 中央地区:担当 ○○保健師 ) >医療機関 (とちりハ・独協医大・自治医大 済生会・その他 ) ○○ 科 担当医 ○○ >保育園・幼稚園等 ( ) ( 年 月 ~ 年 月 ) >児童発達支援事業所(事業所名 ○○○事業所 令和3年6月~令和3年9月) (事業所名 年 月 ~ 年 月) その他 ( )				
手帳等	療育手帳 (A1・A2・B1・B2)・なし・申請予定 身障手帳 ( 1 種 1 級)・なし・申請予定					
通所受給者証	(あり) 継続(申請中) (申請予定) ・なし(申請中・申請予定)					
利用計画	(あり) (計画中を含む) (事業者 ( ) (セルフ) ・なし					
家庭状況	氏名	続柄	生年月日	備考(勤務先等)		
	春日 太郎	父	(S)・H・R ○×年△月□日	●●株式会社		
	春日 花子	母	(S)・H・R ○×年×月×日	主婦		
	春日 一郎	兄	S (H) R ○年 □月●日	小学○年生		
				S・H・R 年 月 日		
				S・H・R 年 月 日		

上記の通り申し込みます。申込にあたり、関係機関より情報提供を受けることを承諾します。

保護者 署名 春日 太郎

受付者 ( )