

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	〒		電話番号	
	ふりがな 氏名			連絡先	(父・母)
児童	ふりがな			性別	男 ・ 女
	氏名			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			
	入園経緯 及び 関係機関	>宇都宮市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)(年 月 ~ 年 月) >宇都宮市健診事業(1歳6ヶ月・2歳・3歳) >保健師 (地区:担当) >医療機関(とちリハ・獨協) 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 年 月 ~ 年 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 (種 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(計画中包含む) (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)
			S・H・R 年 月 日		
			S・H・R 年 月 日		
			S・H・R 年 月 日		
			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 _____

受付者 ()