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 | | 年　　月　　日 | | 入園希望月 | | | 年　　月 |
| 保護者 | 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | 連絡先 | | | （ 父 ・ 母 ） | |
| 氏　　名 |  | | | | |
| 児　　　　　童 | ふりがな |  | | | | | 性別 | | | 男　・　女 | |
| 氏　　名 |  | | | | | 生年月日 | | | H・R　　年　 月 　日 | |
| 年齢 | | | 歳　　　か月 | |
| 現在の状況 | 診断名 | | | | | 医療的ケアの　　有　　無  ケアの状況（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 入園までの経緯及び  関係機関等 | **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 ・ なないろ教室〔理学療法・作業療法・言語療法・心理〕）  （担当　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  **栃木県立リハビリテーションセンター**  （親子通園 ・ リハビリ外来）(R　　年　 月～　　年　　月)  **児童発達支援事業所**  （事業所名　　　　　　　　　　　　　　　)（H・R　　年　 月～　　年 　月)  （事業所名　　　　　　　　　　　　　　　)（H・R　　年　 月～　　年 　月)  **医療機関**（獨協医大・自治医大・済生会・その他　　　 　　　　　　　　　　）  **保育園･幼稚園等**（　　　　　　　　　　　　 　　　）(H・R　　年　 月～)  **地区保健師**（担当　　　　　　）  **その他**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 手帳等 | 療育手帳（Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２） ・ なし ・ 申請中 ・ 申請予定  身体障がい者手帳（　　　　種　　　　級）・ なし ・ 申請中 ・ 申請予定 | | | | | | | | | |
| 通所受給者証 | | あり　　・　　なし　　・　　申請中　　・　　申請予定 | | | | | | | | | |
| 利用計画 | | あり(計画中を含む)（事業所〔　　　　　　 　　　　　　〕・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に同意します。

保護者　署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付者（　　　　　　　　　）