

児童発達支援センターわかば利用申請書

年 月 日

銚子市長 様

住所
申請者 氏名 印
電話

児童発達支援センターわかばを利用したいので、銚子市児童発達支援センター管理規則第8条の規定により、次のとおり申請します。

利用事業	1 児童発達支援 2 居宅訪問型児童発達支援 3 保育所等訪問支援 4 障害児相談支援 5 特定相談支援 6 ()					
利用者	フリガナ				性別	男・女
	氏名					
	生年月日	年 月 日生 (歳)				
	住所	〒				電話番号 ()
保護者	フリガナ				性別	利用者との続柄
	氏名				男・女	
	生年月日	年 月 日生 (歳)			職業	
申請理由						
同居家族の状況	氏名	利用者との続柄	年齢	職業	連絡先(電話)	
利用者の身体障害者手帳等の有無	有・無	有の場合の手帳名等				
利用者の主治医の有無	有・無	有の場合の病院名等				
		病(医)院名			医師名	
身体状況に関する特記事項						

※ 添付する必要書類

- 1～3 障害児通所給付費支給決定通知書の写し又は類するもの
- 4・5 サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書の写し
- 6 氏名・住所等を確認できるもの