**通所受給者証発行に関する評価面接申込書**

**令和　　　年　　　月　　　日**

**【基本情報】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** | |  | | | | **性別**  **男・女** | | **平成・令和　　年　月　日生** | | | |
| **児童氏名** | |  | | | | **(　　　　歳　　　か月)** | | | |
| **集団保育施設** | | **(　　　　　　　　　　　　　　　　)　保育園・幼稚園** | | | | | | | | | |
| **保護者** | **父** | **(仕事　　　　　　　　)　S・H　　年　　月　　日生(　　歳)** | | | | | | | | | |
|  | **母** | **(仕事　　　　　　　　)　S・H　　年　　月　　日生(　　歳)** | | | | | | | | | |
| **住所** | | **墨田区　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(建物の名前　　　　　　　　　　　　)** | | | | | | | | | |
| **電話番号** | | **自宅** |  | | **携帯** | | **父** | |  | | |
| **母** | |  | | |
| **家族構成**  **(上記記載された方以外)** | | **氏名** |  | **続柄** |  | | **生年月日** | |  | **在籍園・校** |  |
| **氏名** |  | **続柄** |  | | **生年月日** | |  | **在籍園・校** |  |
| **氏名** |  | **続柄** |  | | **生年月日** | |  | **在籍園・校** |  |
| **氏名** |  | **続柄** |  | | **生年月日** | |  | **在籍園・校** |  |
| **相談したい内容** | |  | | | | | | | | | |
| **いつ頃（　　　　　　　　）　誰が（　　　　　　　　）　心配し始めた。** | | | | | | | | | |

**【相談ニーズ(お子さんとご家族の生活に関する意向)】(該当箇所に☑を入れてください)**

|  |
| --- |
| **□助言・相談にのってほしい　　　　　　　　　　□　発達支援（療育・訓練）を受けたい**  **□子育てや他の保護者の情報などを知りたい　　　□　各種検査の必要性や診断に関する相談を受けたい**  **□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)** |

**【利用を希望する児童発達支援事業所】(該当箇所に☑を入れてください)**

|  |
| --- |
| **□みつばち園・にじの子**  **□民間事業所(検討している事業所があれば:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)**  **□特に決めていない** |

**【個人情報の使用に関する同意】**

|  |
| --- |
| **通所受給者証発行に関する評価面接の実施に際し、関係機関(墨田区障害者福祉課、区保健センター、保育園・幼稚園等の集団保育在籍園、医療機関等)に連絡を取り、お子さんの発達状況・相談経過などの情報を収集・利用するとともに、必要な場合に限り関係機関に提供することに同意します。**  **(留意事項(あれば):　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)**  **令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　(続柄)** |

**以下は、事業所が記入します**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **相談内容** | **□運動面　□言語面(理解・表出・発音等)　□行動面　□情緒面**  **□対人・コミュニケーション面　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)** | |
| **実施内容** | **□児童発達支援事業等の申請に関する説明　＜備考＞** | |
| **持参書類** | **□児童調査票　　□保育園・幼稚園情報提供書　　□その他（　　　　　　　　　　　　）**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **担当** | **課長** | **部長** | |  |  |  | | |
| **初回面接日** | **令和　　　年　　　月　　　日** |
| **受給者証発行日** | **令和　　　年　　　月　　　日** |
| **療育開始月** | **令和　　　年　　　月** |