

# 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	平成・令和 年 月 日生		
児童氏名				男・女	( 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)

<input type="checkbox"/> 助言・相談にのってほしい	<input type="checkbox"/> 発達支援(療育・訓練)を受けたい
<input type="checkbox"/> 子育てや他の保護者の情報などを知りたい	<input type="checkbox"/> 各種検査の必要性や診断に関する相談を受けたい
<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> みつばち園・にじの子
<input type="checkbox"/> 民間事業所(検討している事業所があれば: )
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 運動面 <input type="checkbox"/> 言語面(理解・表出・発音等) <input type="checkbox"/> 行動面 <input type="checkbox"/> 情緒面 <input type="checkbox"/> 対人・コミュニケーション面 <input type="checkbox"/> その他( )							
実施内容	<input type="checkbox"/> 児童発達支援事業等の申請に関する説明 <備考>							
持参書類	<input type="checkbox"/> 児童調査票 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園情報提供書 <input type="checkbox"/> その他( )							
初回面接日	令和 年 月 日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">担当</td> <td style="width: 33%;">課長</td> <td style="width: 33%;">部長</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	担当	課長	部長			
担当	課長		部長					
受給者証発行日	令和 年 月 日							
療育開始月	令和 年 月							