

# 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<br>(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<br><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   |  |    |    |    |  |  |  |