

こころん通所利用申請書

申請日 令和 年 月 日

ふりがな 園児名	男 ・ 女	生年月日	平成・令和	年	月	日	
		年齢	歳	カ月	<small>(令和6年3月末現在)</small>		
保護者名		連絡先	-	-			
住所	〒 ー 新潟市 区						
	<small>(申請時、市外に住所がある場合はご記入ください)</small>						
家族構成 *同居されているご家族に○をつけてください							
父 母 兄 姉 弟 妹 祖父 祖母 その他 ()							
発達、疾病、リハビリ等で受診している医療機関・担当医師							
医療機関名	() 病院・クリニック					担当()	医師
リハビリ	*該当するリハビリに○をつけ、リハビリを受けている医療機関の名称をお書きください ① PT ② OT ③ ST ()						
診断名、アレルギー等の医療的配慮が必要なことはありますか ある ・ ない							
診断名	()					医療的配慮	()
現在利用している園、療育・相談機関等はありませんか *該当する箇所○をつけてください							
(ア)ない							
(イ)ある							
*下の該当する番号に○をつけ、園名、機関名をお書きください							
① 保育園・こども園		② 区の療育教室					
()		()					
③ 児童発達支援		④ 障がい児相談支援					
()		()					
⑤ その他		()					
(ウ)以前利用していた ()							
各種手帳や受給者証はお持ちですか ある ・ ない							
① 療育手帳 (等級 A ・ B)		② 身体障害者手帳(等級 1 ・ 2 級)					
③ 通所受給者証		④ その他 ()					

通所利用申請に伴い、こころんが各関係機関からお子さんについての情報提供をいただくことに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

こころん通所利用申請書

年齢は、令和6年3月末現在の満年齢を記入ください

申請日 令和 年 月 日

ふりがな 園児名	にいがた こころん 新潟 こころん		男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	平成・令和 年 月 日
				年齢	歳 九月 <small>(令和6年3月末現在)</small>
保護者名	新潟 ○○		連絡先	- -	
住所	〒 新潟市		令和6年4月1日に新潟市に住所がないと申請できません。申請時、市外に住所がある場合は必ずご記入ください。 <small>(申請時、市外に住所がある場合はご記入ください)</small>		
家族構成	*同居されているご家族に○をつけてください				
<input checked="" type="radio"/> 父 <input checked="" type="radio"/> 母 兄 <input checked="" type="radio"/> 姉 弟 妹 祖父 祖母 その他 ()					
発達、疾病、リハビリ等で受診している医療機関・担当医師					
医療機関名	はまぐみ小児療育センター 病院・クリニック 担当(○○)医師				
リハビリ	*該当するリハビリに○をつ ① PT <input checked="" type="radio"/> ② OT はっきりとした診断は出ていないが、「○○の傾向」等、医療機関受診時の医師の話などがあればご記入ください。				
診断名、アレルギー等の医療的配慮が必要なこと ありますか <input checked="" type="radio"/> ある ・ ない					
診断名	自閉スペクトラム症		医療的配慮	(卵アレルギー)	
現在利用している園、療育・相談機関 等はありませんか *該当する箇所○をつけてください					
(ア)ない					
<input checked="" type="radio"/> イある					
*下の該当する番号に○をつけ、園名、機関名をお					
<input checked="" type="radio"/> ① 保育園・こども園 (○○○○保育園) <input type="radio"/> ③ 児童発達支援 (○○くらぶ) <input type="radio"/> ⑤ その他 (○○○○健診で経過観察中) <input type="radio"/> ② 児童発達支援 () <input type="radio"/> ④ 障がい児相談支援 ()					
(ウ)以前利用していた () 取得している各種手帳がある場合はご記入ください。					
各種手帳・受給者証はお持ちですか <input checked="" type="radio"/> ある ・ ない					
<input checked="" type="radio"/> ① 療育手帳 (等級 A ・ <input checked="" type="radio"/> B) <input type="radio"/> ② 身体障害者手帳(等級 1 ・ 2 級) <input type="radio"/> ③ 通所受給者証 <input type="radio"/> ④ その他 ()					

通所利用申請に伴い、こころんが各関係機関からお子さんについての情報提供をいただくことに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名

各関係機関(保健師・児童相談所など)から情報をいただくことに同意していただける場合はご記入ください。