

申込日 年 月 日

調布市長 宛

申込者（保護者） 住 所
氏 名
電話番号

調布市子ども発達センター通園事業利用申込書

調布市子ども発達センターの通園事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

フリガナ		在籍する保育園		
児童氏名		・幼稚園の名称		
生年月日	年 月 日（ 歳）		性 別	男 ・ 女
居住状態	☐ 申込者と同居 ☐ 申込者と別居（住所・電話番号を記入） 住所 電話（ ）			
診断による障害名		診断機関		
申込者の続柄	父 ・ 母 ・ その他（ ）		送迎の利用	有 ・ 無
利用期間	年 月 日～ 年 月 日			
利用を希望する理由・現在の状況				
受給者証の内容等	支給決定の種別	☐ 児童発達支援 ☐ その他（ ）		
	支給決定期間	年 月 日～ 年 月 日		
	支給量等			
	利用者負担上限月額	円		