第８号様式（第５条関係）

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（児童発達支援）利用申込書

　調布市子ども発達センターの通園事業（児童発達支援）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 |