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 | | | | | | | | |