

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	<input type="checkbox"/> 申込者と同居 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 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	