居宅訪問型児童発達支援　利用申込書

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | ふりがな |  | 続柄 |
| 児童氏名 |  | 男女 | 保護者氏名 |  |  |
| 生年月日 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 | 連絡先 |  |
| 医療機関名 |  | 担当医師名 |  |
| 居宅訪問型児童発達支援で希望することを、できるだけ具体的にご記入ください。 |
| 〇お子さんの様子（様子、気になること、医師から伝えられている内容、など） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 〇保護者の希望（居宅訪問型児童発達支援で行ってほしいこと、希望、など） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 〇お子さんの対応で配慮すること等 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 〇訪問の際に配慮してほしいこと、その他 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

練馬区立こども発達支援センター