西東京市児童発達支援センターひいらぎ通所事業申込書

西東京市長　宛

収受印欄

申込日	令和　　年　　月　　日
申込者	住所　西東京市
	氏名　　児童との続柄（　　）
	電話番号

下記のとおり、通所事業を申し込みます。

記

児童名（ふりがな）	性別	生年月日	年齢
（　　）	男・女	令和　年　月　日	才　ヵ月

幼稚園・保育園等の通園先。又は、今後の入園予定先。
園名　（　在籍　・　入園予定　年　月　日）
他の児童発達支援事業所の通所先。又は、今後の通所予定先。
事業所名　（　在籍　・　通所予定　年　月　日）
前年度のひいらぎの利用状況　くじら・ぺんぎん・まんぼう・めだか・外来

申込内容
申し込む事業の（ ）に○を1つつけてください。 (1)　（　）　単独療育通所事業（週4日） (2) ア　（　）　単独療育通所事業（週1日） イ　（　）　課題別学習通所事業　午前・午後どちらでも可 （　）　課題別学習通所事業　午後のみ (3)　（　）　親子参加通所事業 ※(2)イの通所する曜日に関する振り分けは、ひいらぎで行います。 ※各事業について、お子様の様子から年度内の利用継続等ご相談させていただくことがあります。

ひいらぎ記入欄

(2)(3)の事業については、他事業所の児童発達支援事業との併用はできません。

上記の申し込み児童について、他の児童発達支援事業所に係る通所実績について、継続申し込みの方は受給者証の提示、新規申し込みの方は公募等により確認することに同意します。

また、通園先との連絡・連携に同意します。

令和　　年　　月　　日

保護者名