※No.
※受領印

施設支援申込書（就学前）

令和　　年　　月　　日

尼崎市長様

施設支援を申し込みます。

施 設 名

施 設 長

住　 所

電　 話

フリガナ		年齢	歳　　か月
児童名・性別	男・女	クラス	組
生年月日	年　　月　　日 生	保育歴	年　　か月
担任名（フリガナ）		かかりつけ医	
診断名（ あり ・ なし ・ 把握していない） ⇒ ある場合、診断名は？（　　）			
療育手帳（ あり ・ なし ・ 把握していない） ⇒ ある場合、判定は？（ Ａ ・ Ｂ １ ・ Ｂ ２ ）			
児童発達支援の利用 （ している ・ していない ・ 把握していない）			
相談したい内容			
（2ページ目へ）			

☆支援の日程につきましては、申込受理日から3週間以降で調整しご連絡いたします。

☆フィードバック時に、担任の先生が同席できる日程で日程調整をお願いいたします。

以 上

※は、記入しないで下さい。

※支援実施日　　年　月　日　：　～　：

参与	課長	係長	受付者

対象児について前年度から引き継いだこと、他の先生や他機関・他職種に相談したことがありますか。
園（所）での様子（生活の様子、体の動き、不器用さ、言葉、友だち関係など）
家庭環境
連絡について
事前連絡時の対応者名 連絡が繋がりやすい時間帯 ～