（通所・見学）申込書

可能な範囲でのご記入で結構です　　申込日　平成　年　月　日

児童	氏名	ふりがな 生年月日　年　月　日	性別	男・女
	家庭での呼び方		現在の年齢　才　ヶ月	

ご利用開始希望日　平成　年　月　日より

通常：月　火　水　木　金　土 の月間（　　）日希望
休業：月　火　水　木　金　土 の月間（　　）日希望

○で囲んで下さい
・発達支援
・放デイサービス
・送迎（希望・無）

管轄福祉事務所：　　担当者：

学校名：　　学年：　　担任の先生：

保護者	氏名	ふりがな 父　　母		
	自宅住所	〒　－ 東京都		
	自宅TEL		自宅FAX	
	mail		親族電話	関係（　　）
	携帯電話	父親	母親	

緊急連絡先　①父・母・自宅・親族　②父・母・自宅・親族　③父・母・自宅・親族

紹介者	受給者証　有　・　無　・手続中（日数　　） 手帳　身体　療育　福祉 等級（　　）詳細（　　）

受給者証番号											支給量：　日/月 上限額：　円 期間：～　年　月　日

他の利用状況	施設名：　利用量：　曜日の月　回 施設名：　利用量：　曜日の月　回

上限管理業者：　　担当者：

気になるところ、又は注意特記事項	アレルギー 無・有(　　) 有の場合後日アレルギーシートをご提出いただきます

契約量：　日/月

FAX番号　03-6806-1872（本社）