別記第1号様式(第5条第1項)

浦安市こども発達センター利用承認申請書

年　　月　　日

　浦安市長

申請者(保護者)住所

氏名

電話　　　(　　)

携帯番号

　こども発達センターを利用したいので、浦安市こども発達センターの設置及び管理に関する条例第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童 | | 氏　　名 | | ふりがな | | 男  ・  女 | 所属 | ( 　　)保育園・幼稚園・小学校・中学校・高等学校・その他  　　　年　　組(担任：　　　) |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 住所 | |  | | | | |
| 相談の内容 | | 【どういうことでお困りですか？】 | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 【それはいつごろからですか？】 | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 【何か思い当たること、現在心がけていることなど、ありましたらお書きください。】 | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 【今までにかかった主な病気など】  ・はしか　　　　　　 ・気管支炎　　　　　・けが　　　　　・熱性けいれん  ・風疹（三日はしか）　・肺炎 　・脱臼　　　　　・てんかん  ・おたふくかぜ　　　　・扁桃炎　　　　　　・ヘルニア　　　・中耳炎  ・アレルギー（ぜんそく・アトピーなど）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 【これまでに行った病院・相談機関】  ない・ある　⇒(　　　　　　　　　)  診断名・助言など  　(　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | 【現在かかっている病院・相談機関】  ない・ある　⇒(　　　　　　　　　　)  診断名・助言など  　(　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 【現在利用されている福祉制度など】  ・身体障害者手帳(　　　種　　　級)　　　　・療育手帳(判定　　　　　　)  ・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | |
| 【転居したことがありますか？】  子：　　回目(最後：　　年　　月) | | | | | | | | 【どこで当センターを知りましたか？】 | |
| 家族欄 | | ふりがな  氏名 | | 続き柄 | | 生年月日 | 職業・学年 | | 家族の気持ち・本人へのかかわり |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |

FiIe No.(R - )( - )

受理年月日：令和　　年　　月　　日