

社会福祉法人二丈福祉会 御中

保護者名：_____

住 所：(〒 _____)

糸島市 _____

電 話：_____

令和8年度 利用申請書

☐ 児童発達支援（第1希望、第2希望を記入してください）【第1希望】 ☐ 毎日通園 ☐ 併行通園 / 【第2希望】 ☐ 毎日通園 ☐ 併行通園 ☐ 希望なし☐ 保育所等訪問支援

標記につき、児童福祉法に基づく児童発達支援センターかえで（児童発達支援・保育所等訪問支援）を利用したく、下記のとおり申請いたします。

記

区分	氏名（ふりがな）	続柄	生年月日	年齢	職業・所属（幼保等）名
児童名			R 年 月 日		
家族構成			S/H/R 年 月 日		
			S/H/R 年 月 日		
			S/H/R 年 月 日		
			S/H/R 年 月 日		

(申請理由：できるだけ具体的にご記入ください)

(児童の発達・発育状況及び医療（訓練等）の受診状況)

(特に配慮を必要とする内容)

(紹介機関名 担当者名) 例) 市役所、相談支援員、医療機関、幼稚園、保育園、訓練担当者などをご記入ください。

申請時に提供した児童及びその家族の個人情報については、必要最小限の範囲内（地域福祉課や子育て支援課、その他児童が利用するサービス等事業者等の関係機関との情報交換や利用調整委員会等）で使用することに同意します。また、これらの関係機関に児童の発達に関する情報提供を依頼することに同意します。

保護者氏名：_____