

第1号様式

令和 年度 松戸市こども発達センター指定通所支援申込書

令和 年 月 日

※受給者証と同じ保護者名をお願いします。

(宛先) 松戸市長

保 護 者	住 所	〒 松戸市		
	ふりがな 氏 名		電 話	( )
	連絡先 (続柄)		( )	

次のとおり、指定通所支援を申し込みます。

児 童	ふりがな		生 年 月 日	備 考
	氏 名		男 女	令和 年 月 日 ( )才

指定施設区分	児童発達支援センター	福祉型	・ 医療型	・ 併行
--------	------------	-----	-------	------

支援を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
-----------	-------------------

児童の世帯の状況

家 族 の 状 況	児童との続柄	氏 名	生年月日	勤務先・学校名等	備 考	
			・	・		
			・	・		
			・	・		
			・	・		
			・	・		
			・	・		
特記事項 ・ 家族状況には、同居されている方すべてを記入してください。						

障害児通所受給者証の有無	有 ・ 無	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
--------------	-------	--------	-----------------