地域療育等支援事業申請書

申請書受理日	年　月　日	受理番号	No
フリガナ 氏　名	男・女	生年月日	S・H　年　月　日 （　才）
保護者名		主たる介護者	
住　所	〒 TEL		
疾患名			
身体状況 発育・発達状況	身体障害者手帳:　級、愛の手帳:　度、精神保健福祉手帳:　級		
療育上困っていること 家族の要望			
東京小児療育病院 通院中の方 ※受けている内容を〇で囲ってください。担当者名がわかる場合は、担当者名もお願いします。	**診察券番号**　:（　）		
	主治医名　:（　）、**心理**　:（　）、		
	PT　:（　）、**OT**　:（　）、**ST**　:（　）		
（上記以外の）医療機関 主治医			
現在の状況 ※該当するものを〇で囲い、施設名等をご記載ください。	・**在宅**　・**通園**　:（施設名　）		
	・**入所**　:（施設名　）・**学校**　:（学校名　）		
	・**入院中**　:（施設名　）・**その他**　:（　）		
この事業を何でお知りになりましたか	紹介された（　から） その他		

年　月　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

社会福祉法人鶴風会

東京小児療育病院地域支援センター長