

下記児童について、次の通所利用計画のとおり障がい福祉サービスを利用予定です。
については、サービス等利用計画の作成を依頼します。

対象者	保護者	フリガナ		生年月日	昭和	平成	
		氏名			年	月	日
		住所	〒 電話 () ー				
	児童	フリガナ		生年月日	平成	令和	
		氏名			年	月	日

☐ 児童発達支援センター ☐ 児童発達支援事業 ☐ 保育所等訪問支援事業

☐ 医療型児童発達支援センター ☐ 放課後等デイサービス事業 ☐ 居宅訪問型児童発達支援

週単位の利用							
	月	火	水	木	金	土	日
時間	～	～	～	～	～	～	～
その他	※利用予定の曜日欄に受け入れ時間帯を記入						
	☐ 週単位以外の利用 (具体的に)						
	☐ 年 月 日ごろより受け入れ可。 サービス提供開始予定日						
	☐ 障がい福祉サービス受給者証が発行され次第受け入れ可。						

令和 年 月 日

事業所名