

# りあん利用申込書

記入日 年 月 日

ふりがな						
お子様の氏名	( 男 ・ 女 )					
生年月日	西暦 年 (平成・令和 年) 月 日生 ( 歳 か月)					
在園・在校名	( 年 組 )					
住所	〒					
電話番号 (続柄)	優先順位① — — ( ) ② — — ( )					
家族構成 ※本人除く	しめい 氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務・通園・通学先	健康状態
						良・治療中( )
						良・治療中( )
						良・治療中( )
						良・治療中( )
						良・治療中( )
						良・治療中( )
育児のサポート	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> なし					
住居	<input type="checkbox"/> 持家 ( <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> マンション ) <input type="checkbox"/> 借家 ( <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> マンション ) <input type="checkbox"/> 社宅					
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 生活保護					
医療	<input type="checkbox"/> 小児慢性疾患費助成 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	療育手帳 ( <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 )					
	交付日 ( 年 月 日 ) 次の判定年月日 ( 年 月 日 )					
手帳	身体障害者手帳 ( 種 級 )					
	交付日 ( 年 月 日 ) 再認定年月 ( 年 月 日 )					
	精神障害者保健福祉手帳 ( 級 )					
手当	交付日 ( 年 月 日 ) 有効期限 ( 年 月 日 )					
	<input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 ( 級 )					
受給者証	<input type="checkbox"/> あり ( 支援の種類: 支給量: 日 ) ( 支援の種類: 支給量: 日 ) <input type="checkbox"/> なし					

成育歴	幼稚園・保育園・学校・利用してる（利用していた）福祉サービス等
出生	出産場所（ ）在胎（ 週 日） 身長（ cm）体重（ g）首座り（ か月）独歩（ か月）初語（ か月）
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

医療状況	発達の相談をしている病院 <input type="checkbox"/> あり（初診日 年 月） <input type="checkbox"/> なし ありの方は病院名（ ） 主治医（ ） 頻度（ ） 診断がある方は診断名（ ）	服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの方は服薬名 （ ） （ ） （ ）
	かかりつけ医（小児科、眼科、皮膚科、歯科等） （ ） （ ） （ ）	服薬 <input type="checkbox"/> あり（服薬名： ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（服薬名： ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（服薬名： ） <input type="checkbox"/> なし

現在利用している 福祉サービス・事業所	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> その他（ ） 利用している事業所名（ ）（ ）（ ） 利用頻度（ ）（ ）（ ）
新たに利用したい サービス・事業所	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> その他（ ） 体験・見学事業所名（ ）（ ）（ ） 利用予定頻度（ ）（ ）（ ）
習い事	習い事名（ ）（ ）（ ） 曜日（ ）（ ）（ ）
好きなこと・遊び	現在の身長・体重 身長（ cm）体重（ kg）

# りあん利用申込書 見本

記入日〇〇〇〇年〇月〇日

ふりがな	やまだ たろう					
お子様の氏名	山田 太郎 (男・女)					
生年月日	西暦〇〇〇〇年(平成・令和〇〇年)〇月〇日生 (〇歳 〇か月)					
在園・在校名	〇〇小学校 支援級 (〇年 〇〇組)					
住所	〒〇〇〇-〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇〇1-1					
電話番号 (続柄)	優先順位①〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (母) ②〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (自宅)					
家族構成 ※本人除く	しめい 氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務・通園・通学先	健康状態
	やまだ いちろう 山田 一郎	父	500年〇月〇日	〇〇	(株)〇〇会社	良・治療中( )
	やまだ はなこ 山田 花子	母	500年〇月〇日	〇〇	(株)〇〇会社	良・治療中(〇〇病院通院)
	やまだ じろう 山田 次郎	弟	100年〇月〇日	〇	〇〇保育園	良・治療中( )
						良・治療中( )
						良・治療中( )
						良・治療中( )
育児のサポート	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input checked="" type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> なし					
住居	<input checked="" type="checkbox"/> 持家 ( <input checked="" type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> マンション ) <input type="checkbox"/> 借家 ( <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> マンション ) <input type="checkbox"/> 社宅					
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 生活保護					
医療	<input type="checkbox"/> 小児慢性疾患費助成 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
手帳	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 療育手帳 ( <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 ) 交付日 ( 令和〇年〇月〇日 ) 次の判定年月日 ( 令和〇年〇月〇日 ) 身体障害者手帳 ( 種 級 ) 交付日 ( 年 月 日 ) 再認定年月 ( 年 月 日 ) 精神障害者保健福祉手帳 ( 級 ) 交付日 ( 年 月 日 ) 有効期限 ( 年 月 日 )					
手当	<input checked="" type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 ( 級 )					
受給者証	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( 支援の種類:放課後等デイサービス支給量:23日 ) ( 支援の種類: 支給量: 日 ) <input type="checkbox"/> なし					

成育歴	幼稚園・保育園・学校・利用してる（利用していた）福祉サービス等
出生	出産場所（ <input type="text"/> 〇〇医院 <input type="text"/> ）在胎（ <input type="text"/> 〇〇週 <input type="text"/> 日） 身長（ <input type="text"/> 〇〇.〇cm）体重（ <input type="text"/> 〇〇〇〇g）首座り（ <input type="text"/> 〇か月）独歩（ <input type="text"/> 〇〇か月）初語（ <input type="text"/> 〇〇か月）
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 〇〇保育園入園
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 〇〇支援センターに相談
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 児童発達支援、保育所等訪問支援「 <input type="text"/> 〇〇〇〇」を利用
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 〇〇小学校 支援級入学 放課後等デイサービス「 <input type="text"/> 〇〇〇〇」を利用
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 放課後等デイサービス「 <input type="text"/> 〇〇〇〇」を新たに利用
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 〇〇中学校 支援級入学 放課後等デイサービス「 <input type="text"/> 〇〇〇〇」を終了
年 月	
年 月	

医療状況	発達の相談をしている病院 <input checked="" type="checkbox"/> あり（初診日 <input type="text"/> 〇〇年 <input type="text"/> 〇月） <input type="checkbox"/> なし ありの方は病院名（ <input type="text"/> 〇〇病院 <input type="text"/> ） 主治医（ <input type="text"/> 〇〇先生 <input type="text"/> ） 頻度（ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 1回 <input type="text"/> ） 診断がある方は診断名（ <input type="text"/> <input type="text"/> ）	服薬 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ありの方は服薬名 （ <input type="text"/> <input type="text"/> ） （ <input type="text"/> <input type="text"/> ） （ <input type="text"/> <input type="text"/> ）
	かかりつけ医（小児科、眼科、皮膚科、歯科等） （ <input type="text"/> 〇〇小児科 <input type="text"/> ） （ <input type="text"/> 〇〇眼科 <input type="text"/> ） （ <input type="text"/> <input type="text"/> ）	服薬 <input type="checkbox"/> あり（服薬名： <input type="text"/> <input type="text"/> ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（服薬名： <input type="text"/> <input type="text"/> ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（服薬名： <input type="text"/> <input type="text"/> ） <input type="checkbox"/> なし

現在利用している福祉サービス・事業所	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> <input type="text"/> ） 利用している事業所名（ <input type="text"/> 〇〇〇〇 <input type="text"/> ）（ <input type="text"/> 〇〇〇〇 <input type="text"/> ）（ <input type="text"/> <input type="text"/> ） 利用頻度（ <input type="text"/> 週 <input type="text"/> 2日（火、木） <input type="text"/> ）（ <input type="text"/> 週 <input type="text"/> 1日（水） <input type="text"/> ）（ <input type="text"/> <input type="text"/> ）		
新たに利用したいサービス	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> <input type="text"/> ） 体験・見学事業所名（ <input type="text"/> <input type="text"/> ）（ <input type="text"/> <input type="text"/> ）（ <input type="text"/> <input type="text"/> ） 利用予定頻度（ <input type="text"/> <input type="text"/> ）（ <input type="text"/> <input type="text"/> ）（ <input type="text"/> <input type="text"/> ）		
習い事	習い事名（ <input type="text"/> スイミング <input type="text"/> ）（ <input type="text"/> <input type="text"/> ）（ <input type="text"/> <input type="text"/> ） 曜日（ <input type="text"/> 週 <input type="text"/> 1日（月） <input type="text"/> ）（ <input type="text"/> <input type="text"/> ）（ <input type="text"/> <input type="text"/> ）		
好きなこと・遊び	<input type="text"/> ゲーム、身体を動かす	現在の身長・体重	身長（ <input type="text"/> 〇〇〇cm）体重（ <input type="text"/> 〇〇kg）