

## 定期訪問支援利用申込書

記入年月日：令和      年      月      日

所属機関名			
住所			
電話番号		F A X 番号	
所属長名			
担当（担任）名			
①対象者名			
生年月日	年	月	日（      歳）
診断名 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（      ）	<input type="checkbox"/> 療育手帳（      ）級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（      ）級 <input type="checkbox"/> 無		
②対象者名			
生年月日	年	月	日（      歳）
診断名 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（      ）	<input type="checkbox"/> 療育手帳（      ）級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（      ）級 <input type="checkbox"/> 無		
③対象者名			
生年月日	年	月	日（      歳）
診断名 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（      ）	<input type="checkbox"/> 療育手帳（      ）級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（      ）級 <input type="checkbox"/> 無		
相談の内容	<input type="checkbox"/> 行動観察・助言 <input type="checkbox"/> 個別支援計画へのアドバイス <input type="checkbox"/> ケース会議 <input type="checkbox"/> 保護者面談の同席 <input type="checkbox"/> 移行支援会議 <input type="checkbox"/> その他（      ）		

訪問支援希望日	<b>【1回目】</b> 令和 年 月 日 ( ) ( : ~ : ) <b>【2回目】</b> 令和 年 月 日 ( ) ( : ~ : ) <b>【3回目】</b> 令和 年 月 日 ( ) ( : ~ : ) <b>【4回目】</b> 令和 年 月 日 ( ) ( : ~ : )
訪問支援実施日 <b>※支援センター記入欄</b>	<b>【1回目】</b> 令和 年 月 日 ( ) ( : ~ : ) <b>【2回目】</b> 令和 年 月 日 ( ) ( : ~ : ) <b>【3回目】</b> 令和 年 月 日 ( ) ( : ~ : ) <b>【4回目】</b> 令和 年 月 日 ( ) ( : ~ : )
後日支援センターから電話でご連絡をさせていただきます。ご連絡する場合は ( ) 先生・様	

ご記入後、郵送にて支援センターまでご返送下さい。 青森県発達障がい者支援センター「ステップ」

〒030-0822

青森市中央3丁目20-30 県民福祉プラザ3階

TEL 017-777-8201