

巡回相談申請書

		申請者			
		記入日			
ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日 男・女 (歳)	
住所	TEL * 日中連絡がとれる番号を記入してください				
学校名(学年) 保育所 就労先					
保護者	氏名				身体障害者手帳・精神保健福祉手帳
	住所				無し ・ あり * 持っている方は、当日コピーをご持参ください
家族 及び 同居者	続柄	氏名	生年月日	職業	備考

相談事由

○ご希望の相談会場に○をつけてください。
(日南市 ・ 西都市 ・ 高鍋町 ・ 都農町 ・ 川南町)

(1)巡回相談申し込みの理由(該当の箇所に✓を記入)

- 交通手段(自家用車・バス・電車等)がないため
- 手帳所持者の疾病などで、移動が困難なため
- その他 : 具体的に記入ください

[]

(2)療育手帳について (○をつけてください)

療育手帳番号(中央)
等級(A ・ B-1 ・ B-2)
再判定の時期(年 月)

(3)判定当日について

同伴者(氏名) 続柄:)

○巡回相談への申し込みが少ない場合には、巡回相談が実施されない可能性もありますことをご了承ください。次回の巡回相談を申し込まれるか、中央児童相談所・中央福祉こどもセンターへの来所をお願いします。

○療育手帳再判定以外の相談について

* 中央児童相談所・中央福祉こどもセンターへの事前の相談が必須です。
判定療育担当 受付相談員へ「巡回相談に申し込みたい」とご相談ください。
電話番号 0985-26-1551