

第1号様式（第4条関係）

春日井市おうち療育応援プログラム参加申込書

年 月 日

（宛先）春日井市長

申込者 住 所
氏 名
連絡先

次のとおり、春日井市おうち療育応援プログラムへの参加を申し込みます。

ふ り が な			
申 込 者 氏 名		(児童との続柄：)	
児 童 に っ い て	ふ り が な		
	氏 名	(男・女)	
	生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)	
	通 園 先	あり (通園先)・なし	
	発達障がいの診断	あり (診断名)・なし	
	療 育 手 帳	あり (判定 A・B・C)・なし	
児 童 の 託 児 希 望		あり ・ なし	
参 加 可 能 日 (日付に○を付けてください)		1月13日 2月3日	1月20日 2月10日
		1月27日 2月17日	

＊原則、各回に連続して参加できる方が対象です。