別添

豊島区障害福祉課

児童氏名：

生年月日：

診断名：

（診断名がついている場合は記入、ついていない場合は空欄で構いません）

□下記の事由により、療育の必要性を認めます。

□下記の事由により、療育を受けるための外出が難しいと判断します。

（居宅訪問型児童発達支援の利用希望者のみ）

記

〇本児の障害の状況や発達の状況についてご記入ください。

〇援助の方向性等をご記入ください。

　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

担当医師

所在地

連絡先

※参考情報として、発達検査等の結果があれば可能な範囲で添付をしてください。