

支援計画作成に必要な情報について

特定非営利活動法人しろい地図

①保護者およびご家族の希望

活動や関わり方に関する希望、将来こうなってくれたら…などをご記入ください。

②ご本人の希望

ご本人が希望していること、希望していると思われることを記入してください。

③時間延長の希望（あり・なし）

定期的な延長希望がある場合はご記入ください。ただし、お受けできない場合もあります。

朝	時から	備考
夜	時まで	

④送迎に関する希望（あり・なし）

おおよその時間で記入してください。

平日	迎え	学校へ	時	分	頃着	送り	自宅へ	時	分	頃着
休日	迎え	自宅へ	時	分	頃着	送り	自宅へ	時	分	頃着

⑤面談について

今期の面談については、新型コロナウイルスの影響を考え、書面でのやり取りとさせていただきます。ご理解・ご協力のほど、宜しくお願いいたします。

⑥その他 ※その他ご要望等がありましたら、ご記入ください。

保護者氏名：

児童氏名：

キンダーハイムこうなん 利用申込書

年 月 日 曜日

私は以下の曜日および、時間に利用を希望します。

• 利用希望日

ご希望の曜日に○をつけていただき、
おおよその下校時間と帰宅希望時間をご記入ください。

月曜日	:	～	:	まで
火曜日	:	～	:	まで
水曜日	:	～	:	まで
木曜日	:	～	:	まで
金曜日	:	～	:	まで
土曜日	:	～	:	まで
日曜日	:	～	:	まで
祝日	:	～	:	まで

ご住所 〒

お名前

上記のご希望を が承りました。

日程を調整の上、後日改めてご連絡させていただきます。

他事業所の利用状況

① 障害児支援利用計画書

(相談支援事業所で作成 ・ セルフプラン)

担当者: _____

連絡先: 045- _____ - _____

② 放課後等デイ(他事業所)

(利用あり ・ 利用なし)

週 回 (月 火 水 木 金 土 日) 曜日に利用

事業者名: _____

担当者: _____

連絡先: 045- _____ - _____

週 回 (月 火 水 木 金 土 日) 曜日に利用

事業者名: _____

担当者: _____

連絡先: 045- _____ - _____

③ その他

(利用あり ・ 利用なし)

週 回 (月 火 水 木 金 土 日) 曜日に利用

事業者名: _____

担当者: _____

連絡先: 045- _____ - _____

週 回 (月 火 水 木 金 土 日) 曜日に利用

事業者名: _____

担当者: _____

連絡先: 045- _____ - _____