

Data:ano/mês dia 年 月 日

障がい児特別支援療育利用申請書

Requerimento de uso de assistência de apoio especial para crianças com deficiência

Ao Exmo Prefeito 豊明市長 殿

Código postal 〒

Endereço 住所

Nome do responsável 保護者名

Número de telefone 電話番号

Solicito o uso de tratamento de apoio especial para crianças com deficiência, da seguinte forma. Além disso, concordo que o município investigue registros públicos, como informações fiscais e outros, referentes a mim e aos membros da família, dentro do alcance necessário para conduta.

児童名 Nome da criança	フリガナ (男 M・女 F)				保育園名 Nome da creche	青い鳥保育園 (特別支援クラス) Creche Aoitori (classe de apoio especial)
	Data de nascimento 年 月 日生 (満 歳 月)					
況 状 の 庭 家 Dados dos membros da família	氏名 Nome	続柄 parentesco	生年月日 Data de nascimento	性別 SEXO	職業 Profissão	勤務先 Empresa
		父 Pai				
		母 Mãe				
療育期間 Período de uso da Assistência de tratamento	年 月 日 ~ 年 月 日				緊急連絡先 Contato de emergência (- -)	
備考 Observações						