

【受付日：

【窓口新規・在園新規・こども発達支援センター・母子・きらきら】

様式第1号(8条関係)

年 月 日

令和9年度 沖縄市発達支援保育利用申請書

(ふりがな) 申請児童名		男 女	生年 月日	年 月 日	
現在の所属	所属所名： 住 所： 電話番号： 担当者名：				
保護者氏名	(父)		保護者職業	(父)	
	(母)			(母)	
住 所	〒		電話番号	(自宅)	
				(携帯) (父・母) 連絡可能な時間：	

1. これまでに、医療機関で診断を受けたことがありますか。
- ・ ない
- ・ ある（診断名： _____ 医療機関名： _____ ）
2. お子さんは特別児童扶養手当もしくは療育手帳等をもっていますか。
- ・ 療育手帳 _____ 無 ・ 有（ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ） ・ 申請中
- ・ 身体障害者手帳 _____ 無 ・ 有（ _____ 級 ） ・ 申請中
- ・ 特別児童扶養手当 _____ 無 ・ 有（ _____ 級 ） ・ 申請中
3. 乳幼児健診で、何か相談をしたことがありますか。
- ・ ない
- ・ ある（相談内容： _____ ）
4. これまでに、発達検査を受けたことがありますか。
- ・ ない
- ・ 不明
- ・ ある（ _____ 年 _____ 月 _____ 日） ※最新の検査日をご記入ください
- 検査機関： ☐ にじいろ発達相談 ☐ 親子通園「きらきら」 ☐ こども発達支援センター
- ☐ 病院（病院名； _____ ） ☐ その他（ _____ ）
5. お子さんの発育・発達について、気になること、心配なこと、保育所（園）で支援してほしいことについて、具体的にご記入ください。（必ずご記入ください）

※保育園によっては5歳児クラスまでないところもあります。詳細は保育所（園）一覧表などをご覧ください。

	希望保育所（園）	理 由
第1 希望保育所（園）	保育所(園)	
第2 希望 〃	保育所(園)	
第3 希望 〃	保育所(園)	
第4 希望 〃	保育所(園)	
第5 希望 〃	保育所(園)	

⇒必ずしも希望保育所（園）に入れるとは限りません。通園が可能な地域等があればご記入ください。
()

ふりがな 氏 名	生年月日	現在の所属	次年度クラス／備考

□発達支援保育を希望するにあたり、保育・幼稚園課とこども相談・健康課が、対象児の乳幼児健診・にじいろ発達相談・親子教室・親子通園「きらきら」・こども発達支援センター、医療機関、相談機関等と情報共有することについて同意します。

☐ こども家庭課に提出している特別児童扶養手当に関する情報を発達支援保育のため、こども相談・健康課へ提供することについて同意します。

記入者： (児童との関係：)