

※太枠は保護者の方がご記入ください。

保護者 → 担当保健師（意見書・個別確認票） → 福祉介護課

対象児童にかかる意見書
(湯沢町児童通所支援の申請対象確認用)

対象児童	氏 名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日生
	住 所	
対象児童の状況		別添の個別確認票を参照
所見		個別確認票等の資料により、 児童通所支援によるサービスが (☐ 必要 ☐ 不必要) と考えます。
必要な支援		☐ 学習環境の支援 ☐ コミュニケーション ☐ ソーシャルスキルトレーニング ☐ その他 ()

上記のとおり意見します。

令和 年 月 日

所 属 _____

職 種 _____

記載者氏名 _____ (印)

※太枠は保護者の方がご記入ください。

保護者 → こども園・小中学校等 → 保護者 → 担当保健師

対象児童にかかる個別確認票
(湯沢町児童通所支援の申請対象確認用)

対象児童	氏 名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日生
	住 所	
家族構成		☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()
児童の状況		(児童の特性・課題) 当てはまるものに☑をつけてください。 ☐ 言葉・理解 ☐ 人とのかかわり ☐ 身の回りのこと ☐ 行動 ☐ その他 (具体的な内容をご記入ください) []
		(特記事項) 上記以外で特記すべきことがあればこの欄にご記入ください。
		(療育相談の有無) ☐ あり (年 月 日に相談) ☐ なし
		(こども園・学校における配慮等) ☐ 加配保育士の配置 ☐ 特別支援学級への在籍

所見【こども園・学校記入欄】

記入日	年	月	日
所属・役職			印
記入者氏名			

※個別支援計画の添付をお願いします。