**＜フェイスシート＞**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　NO.1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 性別 |  | 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒　　加東市　 |
| （転居等上記住所に変更があった場合は、こちらにご記入ください）〒 |
| TEL | 自宅 | 父携帯 | 母携帯 |
| 同居の家族 | 氏　　名 | 生年月日 | 続柄 | 氏　　名 | 生年月日 | 続柄 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 診断名 | 診断機関 | 医師名 | 診断年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 区分 | 取得年月日 | 喪失日 | 区分 | 取得年月日 | 喪失日 |
| 特別児童扶養手当 | １級 ・ ２級 | 初回 |  | １級 ・２級 |  |  |
| １級 ・ ２級 |  |  | １級 ・２級 |  |  |
| 療育手帳 | Ａ・Ｂ１・Ｂ２ | 初回 |  | Ａ・B1・B2 |  |  |
| Ａ・Ｂ１・Ｂ２ |  |  | **Ａ・B1・B2** |  |  |
| 身体障害者手帳 | 　　種　　　級 | 初回 |  | 種 　級 |  |  |
| 　　種　　　級 |  |  | 種 　級 |  |  |
| その他公的サービス | ※自立支援医療・心身障害者扶養共済制度・日常生活用具の給付など |
| 定期的に通っているところ | ※病院・習い事・療育機関・相談機関など |
| 保護者署名欄（ボールペンで記載してください） |  | 【記載年月】　　　年　　月記入 |