**＜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 | | | | |