

令和7年度支援室ゆい 巡回支援申込書

申込日： 年 月 日

障がい福祉課

支援室ゆい 担当者 宛て

(FAX: 79-7832)

申請者 所 属 先:

代表者氏名:

連 絡 先:

● ゆいからのお願い ●

- ① 令和6年1月よりFAX番号が変更になっています。お確かめのうえ、送信してください。
- ② FAXで送信する情報は、氏名など個人情報を記入しないようご注意ください。
- ③ 巡回の対象は登園状況が安定している **3-6歳児**で、保護者の同意を得ているケースとなります。
- ④ 保護者の申込書は巡回当日に受け取ります。FAXで送信しないようご注意ください。
- ⑤ 児童発達支援や障害児療育支援事業を利用しているお子さんは、ゆいの巡回支援ではなく、お子さんの実態を把握している療育機関と園で連携をとり、情報交換や支援方法の協議をしてください。

□ 巡回支援依頼について

担 当 者 氏 名	(主任・クラス担任等)
希 望 月	特になし・ 月頃
希 望 曜 日	特になし・ 月 火 水 木 金
希 望 時 間	特になし・AM PM 時 分 ~ 時 分
対 象 児 人 数	【新規: 人】 【継続: 人】 ※ 1度の巡回での対象人数の目安 (内訳) 設定保育: 2名 / 自由保育: 1名 2歳児クラス... 名 3歳児クラス... 名 4歳児クラス... 名 5歳児クラス... 名 CLASP:巡回当日に受け取ります ※ 行動チェックリストは全年齢で実施してください。 ※ 申請にあたっては、保護者の同意(申込書の記載)が必要です。

その他(除外日や要望等があれば記入して下さい)

--

送信先 : 宮古島市発達障がい児(者) 支援室ゆい TEL : 73-1975 FAX:79-7832