

# 令和6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<br>(内訳) <b>設定保育:5名/自由保育:2名</b><br>2歳児クラス... 名<br>3歳児クラス... 名<br>4歳児クラス... 名<br>5歳児クラス... 名 CLASP:巡回当日に受け取ります<br>※ 行動チェックリストは全年齢で実施してください。<br>※ 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