



様式10（オプション）

支援・福祉サービス等の記録

氏名 旭川 二郎

園・学校での支援の記録

園・学校名	支援形態 障害児保育、加配、特別支援学級、通級指導教室、 ティームティーチング等	期間
〇〇保育園	障害児保育	平成〇年〇月～ 平成〇年〇月
支援や福祉サービスを利用している場合に記入してください。		

支援内容が不明な場合は、関係機関の方と
相談して記入してください。
わからない場合は空欄でも構いません。

発達支援や福祉サービスの記録

事業所名	主な支援内容	期間
〇〇母子通園センター		平成〇年〇月～ 平成〇年〇月
デイサービス〇〇〇〇	下校時のお迎えと放課後活動	平成〇年〇月～

種類	記号・番号	程度	交付年月日
療育手帳	1 2 3 4 5 6	B	平成〇年〇月〇日
身障手帳			
特別児童扶養手当			
障害児福祉手当			
重度医療			