年度　トータルサポートハロー　サービス利用申込書

利用者氏名	フリガナ
生年月日	年　　月　　日
緊急連絡先	・　　続柄（　　） ・　　続柄（　　）
利用者が未成年の場合の保護者または、成年後見人	続柄（　　）
住所	〒
所属 学校や利用しているサービス等	
主となる医療機関・主治医	
主治医の先生からの療育等に関する指示について	主治医の先生から指示が　（　ある　・　ない　） 指示がある場合は、担当へご連絡ください。
福祉サービスなど	
連絡を希望する 電話番号・携帯番号	
希望する療育サービスに〇をつけてください。ご希望の回数がありましたら、記入してください。	・個別・集団療育　　月（　　）回程度 ・カウンセリング・各種相談　月（　　）回程度 ・付き添い　　月（　　）回程度
年会費について ご希望の□にチェックを入れ半期または全期に〇をつけてください	□5 月に引落（　半期　・　全期　） □利用と同時に引落（　半期　・　全期　）
記入日	年　　月　　日