様式第２５号

年　　月　　日

**里親委託児童通院費認定申請書**

千葉県知事　　　　　　　様

里親氏名

標記について、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １．里親氏名 |  |
| ２．里親種別 | 　　専門里親　　・　　専門里親以外の里親 |
| ３．対象児童等の　状況 | 対象児童等の氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 定期的な通院が必要な理由 |  |
| ４．医療機関・障害児通所支援施設名 |  |
| ５．通院予定期間 | 　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 最長で年度末まで。翌年度以降も通院する場合は再認定を要す。 |
| ６．通院手段 | 　　乗用車　　・　　公共交通機関（障害児通所支援に限る） |
| ７．通院距離　（乗用車） |  |
| 有料道路の使用　有（区間：　　　　 ～　　　　 ） ・　無 |
| ８．通院経路　（公共交通機関） |  |
| 障害者割引運賃の適用　 有 （ 第１種 ・ 第２種 ） ・　無 |
| ９．児童相談所長　の意見（通院の必要性等について） | 年　　月　　日　　　　　児童相談所長　　　　 |