

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	