別紙

安城市長

児童福祉法に基づく障害児通所支援に係る医師意見書

フリガナ		生年月日	平成 ・ 令和 年　月　日
対象児氏名			
対象児住所			
診断名			
障害の状況・程度	課題になる□にチェックをつけてください。 □日常生活動作（食事・更衣・排泄など） □運動機能（粗大・微細運動） □認知・学習の理解状況 □言語・コミュニケーションの能力 □社会性・対人関係の状況 その他（　　）		
専門的療育の必要性の有無 （具体的な状態をご記入ください）	有　・　無		
	理由		

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

医療機関所在地

医療機関名

医師名（自署又は記名・押印）

※障害（児）福祉サービスの更新のため、本書類またはこれに準じた内容を含む医師発行の書類の提出が必要です。