㊙

個別の教育支援計画A

フリガナ 氏　名		生年月日		性別	
フリガナ 保護者氏名		転入学年月日	年　月　日		
現住所	（〒　－　）				
療育手帳	無・有　（　）　判定年月日（　年　月　日）　次期更新年月日（　年　月　日）				
身体障害者手帳	無・有　（　）級・障害名（　）　交付年月日（　年　月　日）				
その他の手　帳	無・有　（　）				
重度障害者医療費受給者証	無・有　公費負担者番号（　） 受給者番号　（　）		交付年月日（　年　月　日） 有効期限　（　年　月　日）		
健康保険証	種別　（　） 記号・番号　（　） 世帯主　（　） 保険者番号・名称（　）		交付年月日（　年　月　日） 有効期限　（　年　月　日） 事業所名　（　）		

	続柄	氏　名	生年月日	急を要するときの連絡方法
家族構成	本　人		年　月　日	自宅 TEL（　－　－　）
			年　月　日	
			年　月　日	連絡先の名称　続柄 不在時　TEL（　－　－　）
			年　月　日	
			年　月　日	連絡先の名称　続柄 不在時　TEL（　－　－　）
			年　月　日	
			年　月　日	連絡先の名称　続柄 不在時　TEL（　－　－　）
			年　月　日	