

こども発達支援センター青空 療育利用申込書

私は、大阪府障害者福祉事業団「こども発達支援センター青空 療育事業実施要項」及び「利用に関するお願い」の記載内容について了解した上で、療育利用の申し込みをします。

記入年月日 令和 年 月 日

ご家族代表氏名 _____

(令和7年4月1日時点)

| | | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------|-------|--|------------------|-------|--|--|
| ふりがな | | | | ふりがな | | | |
| 児童氏名 | | | | ご家族代表氏名 | | | |
| 生年月日 | 平成 令和 年 月 日 | | | 住 所 | 〒 | | |
| 年 齢 | 令和7年4月時点 才 ヶ月 | 性別 | | | | | |
| 4月より、利用 予定の幼稚園、 保育所、通園施 設、小学校、支 援学校など | | | | 電 話 | () - | | |
| | | | | F A X | () - | | |
| | 年 月 | 機 関 名 | | 診断内容・判定内容・療育形態など | | | |
| 医療機関 | | | | (医師名) | | | |
| | | | | (医師名) | | | |
| 相談機関 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 療育機関 (児童発達支援 放課後等サービス等) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 療育希望 の動機 | | | | | | | |