

大阪府障害者福祉事業団 こども発達支援センター青空
吹田市
令和7年度 療育利用児 募集要項

本事業は、個別専門療育プログラムに基づき実施する「発達障がい療育支援事業」です。自閉スペクトラム症等、発達障がいの児童およびそのご家族を対象に、お子さんの特性に合わせた個別専門療育とご家族への研修を行います。

1 募集対象および募集定員（年齢は令和7年4月時点）

就学前児童を対象に療育をおこないます。定員は10名。

※定員に空きがあれば、新規学齢児（小学2年生まで）および継続利用児（小学2年生まで）も利用できます

2 申し込み資格

- (1) 吹田市内に在住し、上記の年齢の自閉スペクトラム症等、発達障がいの診断を受けたお子さんのおられるご家族。
- (2) ご家族同伴で継続して通所が可能で、研修にも必ず参加できる方。
- (3) 利用決定後、児童発達支援等の受給者証申請をしていただきます。

3 利用料

- (1) 児童発達支援等利用のため法で定める利用者負担額を徴収させていただきます。
- (2) 研修の利用料として、1回あたり1,400円の実費負担をしていただきます。
- (3) その他、プログラム内容によっては、自己負担していただく場合があります。詳しくは、療育利用決定後に説明させていただきます。

4 申し込み期間

令和6年12月23日（月）～令和7年2月5日（水）17時必着

5 選考方法および決定通知

申込者が定員を超える場合は、申し込み資格を有し、期間内に郵送で申し込まれた方を対象に、抽選にて決定いたします。

結果につきましては、申込者全員に郵送でお知らせします。（2月中旬発送予定）

6 令和7年度 療育利用児募集に関する説明会および療育室見学会

日時：令和7年1月20日（月）10時～11時

場所：こども発達支援センター青空

参加希望の方は、下記申込書に必要な事項をご記入の上、メールもしくはFAX、郵送でお申し込みください。

7 療育利用申し込み方法

- (1) 青空のホームページから「こども発達支援センター青空利用申込書」をダウンロードしていただき、必要事項を記入し、ご家族の代表者氏名を明記して下さい。
- (2) 利用決定通知用の封筒に必要な切手を貼付のうえ、あて先（ご自宅住所）、ご家族代表のお名前を記入して下さい。
- (3) (1)と(2)を、下記のこども発達支援センター青空宛に郵送して下さい。
電話、FAX、メールでの申し込みは受け付けませんのでご了承下さい。
※申し込み期間中に直接、ご持参いただいた場合は受け付けいたします

【送信用封筒】



【返信用封筒】

- ① 自分の宛先を記入
- ② 切手を貼る
- ③ 差出人名は記入しない



8 その他

児童発達支援センター（障がい児通園施設）および青空以外の児童発達支援事業所等をご利用の方は、その日は、そちらをお休みいただき、青空をご利用いただくことになります。その他、募集及び療育等に関するお問い合わせは随時、受け付けております。下記の曜日、時間帯にお気軽にお問い合わせください。

9 連絡先

〒562-0015 大阪府箕面市稲六丁目15番26号 こども発達支援センター青空

TEL 072-729-0125 FAX 072-729-8100

メールアドレス sora@sfj-osaka.net

※問い合わせは、月曜日～金曜日の9:00～9:30、16:30～17:45でお願いします

こども発達支援センター青空のホームページから、募集要項等資料をプリントアウトできます。

ホームページアドレス <http://www.sfj-osaka.net/10sora/>

こども発達支援センター青空 説明会および療育室見学会参加申込書
吹田市

※メールでお申し込みの場合は、必要事項をご記入の上、PDFファイル形式等でデータを添付してください

※FAX、郵送の場合は切り取らずこのまま送信、郵送下さい

令和 年 月 日

参加者のお名前（ふりがな）	
TEL	メールアドレス
FAX	
利用予定児童 令和7年4月時点（○で囲んで下さい） 年少未満児 年少児 年中児 年長児	
小1 小2	

※敷地内には駐車場がございません。周辺のコインパーキングをご利用いただくか、公共交通機関を利用し、ご来場ください

