

こども発達支援センターSun(サン) 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Sun 平成31年度発達障がい療育事業実施要項」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、サービス利用の申し込みをします。

記入年月日 平成 年 月 日
保護者氏名

印

ふりがな		男	ふりがな	
児童氏名		女	保護者氏名	
生年月日	平成 年 月 日		住 所	〒
年 齢	(平成31年4月1日現在) 才 月			
所属する園 小学校名	(平成31年4月1日現在)		自宅電話	() -
	支援学級の利用(有・無)		F A X	() -
	年 月	機 関 名	診 断 内 容 ・ 判 定 内 容 ・ 療 育 形 態 な ど	
診 断			(医師名)	
			(医師名)	
相 談 歴				
療 育 歴				
検 査			新版K式、WISC、その他 () ※1年以内に受けたもの	
受給者証等	これまでに取得したことのあるもの 身体障害者手帳 (ない・ある) 療育手帳 (ない・ある) 精神保健福祉手帳 (ない・ある)		通所受給者証 ない・ある 年 月) 年 月) 年 月)	