

令和3年度 こども発達支援センターSun+（サンプラス）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+令和3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 令和 年 月 日
保護者氏名 印

ふりがな		男 女	ふりがな		
児童氏名			保護者氏名		
生年月日	年 月 日		住 所	〒	
年 齢	(令和3年4月1日現在) 歳 月 日				
所属する園・小学校名（予定含む）	(令和3年4月1日現在)		電 話	() -	
			携 帯	() -	
			FAX	() -	
学年	(令和3年4月1日現在) ○をつけて下さい 2歳児 年少 年中 年長 小1 小2				
	<input type="checkbox"/> 支援級在籍 <input type="checkbox"/> 通級利用 <input type="checkbox"/> どちらでもない ※小学生のみご記入ください				
療育歴	Sunの利用年度に○	H26 H27 H28 H29 H30 H31 R2			
	その他（年度や事業所名）				
	Sunを申し込んだが利用できなかったことがある	ある（H・R 年、 年、 年） ・ ない			
検査	新版K式、WISC、その他（ ）*1年以内に受けたもの				
手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（療育手帳 A・B1・B2 精神保健福祉手帳 級 身体障害者手帳 級）				
通所受給者証の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 指定相談支援事業所名（ ）				
■診断を受けている場合					
最新の診断状況	医療機関名	() 科		診断年月	
	医師名			年 月	
	診断名	(該当するものすべてに✓) <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 広汎性発達障がい <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> アスペルガー症候群 <input type="checkbox"/> 高機能自閉症 <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> 学習障がい(LD) <input type="checkbox"/> その他()			
■診断を受けていない場合					
提出書類	(申込み時に書類を添付してください。内容について確認いたします) <input type="checkbox"/> 保健センターの発達相談結果票・意見書（検査年月 年 月） <input type="checkbox"/> 子ども家庭センターの判定書・意見書（検査年月 年 月） <input type="checkbox"/> 病院などの心理判定書等（検査年月 年 月） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
内容	<input type="checkbox"/> 発達障がいの傾向があるとされた（機関名： ） <input type="checkbox"/> 発達障がいとされたことはないが、気になることがある →気になる点 []				