

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	ふりがな	
児童氏名		女	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 か月			
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 [_____]			
同意欄	こども発達支援センターSun から富田林市子ども未来室・保健センターへ意見書の依頼に同意します _____ 署名 _____ 印			