令和４年度　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 令和４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

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４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４年４月１日現在）		電　話	（　　）　　－	
			携　帯	（　　）　　－	
			FAX	（　　）　　－	
学年	（令和４年４月１日現在）〇をつけて下さい ２歳児　年少　年中　年長　小１　小２				
	□支援級在籍　□通級利用　□どちらでもない　※小学生のみご記入ください				
療育歴	Sun の利用年度に〇	H26　H27　H28　H29　H30　H31　R2　R3			
	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	□なし　□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	□なし　□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✔） □自閉スペクトラム症　□広汎性発達障がい　□自閉症 □アスペルガー症候群　□高機能自閉症　□ADHD □学習障がい（LD）　□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） □保健センターや市役所の発達相談結果票・意見書　（検査年月　　年　　月） □子ども家庭センターの判定書・意見書　（検査年月　　年　　月） □病院などの心理判定書等　（検査年月　　年　　月） □その他（　　）
内容	□発達障がいの傾向があると言われた（機関名：　　） □発達障がいと言われたことはないが、気になることがある →気になる点（　　）