

令和4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	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) ○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○	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 []								
同意欄	こども発達支援センターSun から富田林市こども未来室・保健センターへ意見書の依頼に同意します 署名 _____								