

令和5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5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	平成・令和 年 月 日	住所	〒				
年齢	(令和5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5年4月1日現在)	電話	-	-			
		携帯	-	-			
		F A X	-	-			
学年	(令和5年4月1日現在) 2歳児 年少 年中 年長 小1 小2						
	※小学生のみご記入ください <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						
Sun 申込歴	なし ・ あり / 利用できなかった年度 (H30 ・ H31 ・ R2 ・ R3 ・ R4)						
療育歴	Sunの利用年度	なし	H30	H31	R2	R3	R4
	その他の事業所	利用年度	事業所名				
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		平成・令和 年 月
	診断名	(該当するものすべてにチェック✓) <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 (※ 下記のいずれかの書類を添付してください。内容について確認させていただきます)

提出書類	<input type="checkbox"/> 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)
	<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言われた(機関名:)
	<input type="checkbox"/> 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、保健センターや市役所へ、意見書の依頼に同意します。 署名 _____