

令和5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	- -
			FAX	- -
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。内容について確認いたします。)				
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、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 _____			