

# 令和6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6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

記入者氏名 \_\_\_\_\_

ふりがな		男 女	ふりがな	
児童氏名			保護者氏名	
生年月日	平成・令和 年 月 日	住所	〒	
年齢	(令和6年4月1日現在) 歳 か月		電話	-
所属する園・ 小学校名(予定含む)	(令和6年4月1日現在)	携帯	-	- (父・母・)
		F A X	-	-
		学年	(令和6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の利用年度	なし ・ H31 ・ R2 ・ R3 ・ R4 ・ R5			
Sun申込みをして 利用出来なかった年度	なし ・ H31 ・ R2 ・ R3 ・ R4 ・ R5			
検査	新版K式、WISC、その他( ) ※1年以内に受けたもの			
通所受給者証の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (利用事業所 )			
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)			

■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 (ASD) <input type="checkbox"/> 注意欠如・多動症 (ADHD) <input type="checkbox"/> 学習障がい (LD) <input type="checkbox"/> 発達性協調運動症 (DCD) <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) (※ 書類がない場合は、下の同意書に署名をお願いいたします)	
提出書類	<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"/> 市役所の発達相談結果票・意見書 (検査年月 年 月) <input type="checkbox"/> その他( )
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 _____