

令和7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7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承した上で、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	ふりがな	
児童氏名		女	保護者氏名	
生年月日	平成・令和（西暦） 年 月 日		住所	〒
年齢	（令和7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7年4月1日現在）		携帯	- - （父・母・）
			FAX	- -
学年	（令和7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・R6			
Sun申込みをして 利用出来なかった年度	なし・H31・R2・R3・R4・R5・R6・R7			
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、下の同意欄に必ず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 _____