

# 平成30年度

社会福祉法人 大阪府障害者福祉事業団

## こども発達支援センターmum(ママ) 利用申込書

私は、こども発達支援センターmumの利用や選考をするにあたり、必要な情報を市障がい福祉課に情報提供することを了解した上で、療育利用の申し込みをします。

記入年月日 平成 年 月 日

保護者氏名

印

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 年 月 日	住所	〒586-	
年齢	(平成30年4月1日現在) 才 月		河内長野市	
所属する園 小学校名 (予定も含)	(平成30年4月1日現在)	電話	( ) -	
		FAX	( ) -	
学年	(平成30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 小3 小4			
	年 月	病院・機関	診断内容・判定内容・療育形態など	
診 断			(医師名 )	
			(医師名 )	
相 談 歴				
療育歴	Sun を利用したことのある方は、右の利用した年度に○をつけてください。		H23 H24 H25 H26 H27 H28 H29	
	Sun 以外			
検 査			新版K式、WISC、その他 ( ) ※1年以内に受けたもの	
下記の該当するものに、○をつけて下さい 現在、通所受給者証をお持ちですか ( ある・ない ) これまでに取得したことのあるもの 身体障害者手帳 ( ない・ある 年 月 ) 療育手帳 ( ない・ある 年 月 ) 精神障害者保健福祉手帳 ( ない・ある 年 月 )			指定相談支援事業所名 (利用されている方は記入して下さい)	