平成３１年度　こども発達支援センターmum(マム)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、必要な情報を障がい福祉課に情報提供することを了解した上で、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 女	ふりがな	
児童氏名			保護者氏名	
生年月日	平成　　年　　月　　日		住　所	〒586－ 河内長野市
年　齢	（平成３１年４月１日現在） 歳　　か月			
所属する園・小学校名（予定含む）	（平成３１年４月１日現在）		電　話	（　　）　　－
			携　帯	父・母（　　）　　－
			FAX	（　　）　　－
学年	（平成３１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			
	□支援級在籍　□通級利用　□どちらでもない　※小学生のみご記入ください			
療育歴	mum・Sun の利用年度に○	H24　H25　H26　H27　H28　H29　H30		
	その他（年度や事業所名）			
手帳の有無	□なし □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	□なし　□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		年　　月
	診断名	（該当するものすべてに✔） □自閉スペクトラム症　□広汎性発達障がい　□自閉症 □アスペルガー症候群　□高機能自閉症　□ADHD □学習障がい（LD）　□その他（　　）	
■診断を受けていない場合			
提出書類	（申込み時に書類を添付してください。内容について確認いたします） □保健センターの発達相談結果票・意見書（検査年月　　年　　月） □子ども家庭センターの判定書・意見書　（検査年月　　年　　月） □病院などの心理判定書等　（検査年月　　年　　月） □その他（　　）		
内容	□発達障がいの傾向があると言われた（機関名：　　） □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（　　）		