

令和2年度 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 令和 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	(令和2年4月1日現在) 歳 月		電 話	() -
所属する園・小学校名(予定含む)	(令和2年4月1日現在)	携 帯	父・母 () -	
		FAX	() -	
		学年 (令和2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○	H25 H26 H27 H28 H29 H30 H31		
	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()			
利用希望	□個別 □グループ(療育経験のある小学2～4年生のみ)			
家庭訪問の希望	□なし □あり			
園・学校訪問の希望	□なし □あり			

■ 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✓) <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				
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された(機関名:)			
	□発達障がいとされたことはないが、気になることがある →気になる点 []			