

河内長野市発達障がい児等療育支援事業  
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）  
令和4年度 募集要項



個別の療育プログラムに基づき実施する「発達障がい児等療育事業」です。一人ひとりの特性に合わせた療育と家族への研修などを含めた支援を行います。また、家庭や所属先でも過ごしやすい環境を整えられるよう、必要に応じて家庭訪問や保育所等訪問支援を行います。

## 1 対象者

- ◇ 河内長野市に在住する小学4年生（令和4年4月時点）までの児童で、自閉スペクトラム症（自閉症、広汎性発達障がい、アスペルガー症候群）・ADHDなどの診断を受けた児童、または上記の疑いがあり発達のサポートが必要な児童。
- ◇ 個別療育：保護者同伴で1年間継続して通所が可能で、保護者向け勉強会に参加できる方。
- ◇ グループ療育：療育経験のある小学2～4年生（令和4年4月時点）の児童。

## 2 募集定員、療育期間

- ◇ 定員：60名（概ね、就学前児童30名、小学生30名。応募状況に応じて変動）
- ◇ 療育期間：令和4年4月～令和5年3月

## 3 開催曜日、時間帯

- ◇ 新規または就学前の児童は月2回程度（隔週1回）。療育経験のある小学生は月1～2回程度。
- ◇ 1回1時間の療育を行います。
- ◇ 曜日：月～金曜日（祝日は除く）
- ◇ 時間帯：①10:00～11:00 ②13:00～14:00 ③15:00～16:00 ④17:00～18:00  
※④17:00～18:00の時間帯は小学生の枠とします。  
※月1回、金曜日④17:00～18:00は4人程度のグループでの療育を行います。

## 4 申し込み期間

令和3年11月10日（水）～令和3年12月10日（金）必着

## 5 申し込み方法

別紙の利用申込書を、こども発達支援センターmum（ママ）に郵送かご持参下さい。

電話、Fax、メールでの申し込みは受け付けませんのでご了承下さい。

※個別、グループどちらか一方への応募になります。

《必要書類》

- ◇ 利用申込書

## 6 利用料

- ◇ 児童発達支援、または放課後等デイサービス利用について厚生労働大臣が定める利用者負担額。
- ◇ その他、プログラム内容によっては、自己負担していただく場合があります。

## 7 募集説明会

療育内容やスケジュール等の説明会を実施します。参加をご希望の方は、別紙の「令和4年度 募集説明会申込書」に必要事項をご記入の上、郵送もしくはFAXで開催日の前日(必着)までにお申し込み下さい。

参加については任意ですが、初めて利用される方はできるだけご参加下さい。

《日程・会場》

日にち	時間	会場	定員
令和3年 11月21日 (日)	受付：午前10時～ 説明会：午前10時15分～11時00分 施設見学：説明会終了後～午後12時	三日市市民ホール（会議室B） (住所)河内長野市三日市町32-1 (フォレスト三日市3階)	先着 15名
令和3年 11月26日 (金)	受付：午前11時～ 説明会：午前11時15分～12時00分	ノバティホール（会議室B） (住所)河内長野市長野町5-1-303	先着 10名

《施設見学について》

※施設見学希望の方は、11月21日の募集説明会にご参加ください。説明会後に実施場所（こども発達支援センターmum）の見学をしていただけます。

なお駐車場については、三日市町駅周辺のパーキング（有料）等をご利用ください。

## 8 選考方法および決定通知

申込者が定員を超える場合は、河内長野市担当課職員の立会いのもと抽選を行います。尚、抽選に際して、年齢や過去の療育経験等を勘案する場合がありますのでご了承ください。また、結果につきましては、申込者全員にお知らせします（12月24日発送予定）。

## 9 契約説明会

利用が決定された方の、契約書、重要事項説明書等の説明会を実施しますので、下記の日程で必ずご参加ください。必要な書類については、後日郵送致します。

《日程・会場》

日にち	時間	対象者	会場
令和4年 1月28日(金)	午前11時～12時 (受付：午前10時45分～)	新規の方	ノバティホール 多目的ホール (河内長野駅前市民センター) <住所>河内長野市長野町5-1-303

## 10 追加募集について

募集期間で定員に満たなかった場合は、追加募集を行いますので、下記までお問い合わせください。

- ◇ 募集期間：令和4年1月5日（水）～令和4年1月17日（月）
- ◇ 決定通知：令和4年1月21日（金）発送予定  
※追加募集においても、定員に満たない場合は先着順で受付します。

## 11 その他

- ◇ 同一年度内において、こども発達支援センターmum利用者は、こども発達支援センターSun（大阪府発達障がい児療育拠点）を利用することはできません。
- ◇ 同一日に別の児童発達支援や、放課後等デイサービスを利用することはできませんのでご注意ください。

◇ 利用決定後、市障がい福祉課で児童発達支援、または放課後等デイサービス利用のための受給者証の申請が必要となります。

・ 新規利用の方については、契約説明会の際に申請手続きを行っていただくことができます。

・ なお、受給者証の申請にあたっては、支援の必要なことがわかる書類(障がい者手帳、保健センターの発達相談結果票・意見書、特別児童扶養手当の書類、医師の診断書など)が必要です。

・ 受給者証申請について、詳しくは市障がい福祉課にお問い合わせください。(Tel:0721-53-1111)



## 1.2 問い合わせ先、申し込み先

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）  
 〒586-0046 河内長野市中片添町11番9号  
 Tel 0721-55-2272 Fax0721-55-2276  
 （問い合わせは、月曜日～金曜日（祝日を除く）11：00～17：00 お願いします。）



河内長野市中片添町 11 番 9 号  
 （三日市町駅から徒歩約 10 分）  
 Tel 0721-55-2272

## こども発達支援センターmum（ママ） 令和4年度 募集説明会 申込書

(どちらかに○をつけて下さい。)		令和3年11月21日(日)	・	令和3年11月26日(金)
		10：15～11：00		11：15～12：00
		(三日市市民ホール)		(ノバティホール)
保護者のお名前 (ふりがな)				参加人数 ( 人)
お子様のお名前 (ふりがな)		お子様の生年月日 年 月 日		
令和4年4月時点 (○をつけて下さい)				
2 歳児	年少	年中	年長	小1 小2 小3 小4
TEL		FAX		

## 令和4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      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	年      月      日	住 所	〒586ー					
年 齢	(令和4年4月1日現在) 歳      月      日		河内長野市					
所属する園・小学校名(予定含む)	(令和4年4月1日現在)	電 話	(      )	ー				
		携 帯	父・母(      )	ー				
		FAX	(      )	ー				
学年	(令和4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							
	<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      ※小学生のみご記入ください							
療育歴	mum・Sun の利用年度に○	H27	H28	H29	H30	H31	R2	R3
	その他(年度や事業所名)							
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)							
通所受給者証の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 指定相談支援事業所名 (      )							
利用希望	<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
園・学校訪問の希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 ※市役所の申請用としても使用します。	(新規利用の方は、申込み時に書類を添付、もしくは契約説明会にご持参ください) <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"/> 子ども家庭センターの判定書・意見書 (検査年月      年      月) <input type="checkbox"/> 病院などの心理判定書等 (検査年月      年      月) <input type="checkbox"/> その他(      )		
内容	<input type="checkbox"/> 発達障がいの傾向があると言われた(機関名:      ) <input type="checkbox"/> 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 (      )		