

令和7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

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- 河内長野市
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) ○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○		H29 H30 H31 R2 R3 R4 R5 R6	
	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 []			