

こども発達支援センター風【個別療育】利用申込書

（茨木市 発達障害児早期療育等支援事業）

私は、大阪府障害者福祉事業団「こども発達支援センター風 個別療育実施要項」及び「利用に関するお願い」の記載内容に同意し、児童の氏名、住所及び生年月日を茨木市こども育成部発達支援課に報告することを了承した上で、個別療育利用の申し込みをします。

記入年月日 年 月 日

ご家族代表氏名

（令和7年4月1日時点）

ふりがな				ふりがな			
児童氏名				ご家族代表氏名			
生年月日	西暦	年	月	日	住 所	〒	
年 齢 （4月1日時点）	才	ヶ月	性別				
令和7年度から 所属する 幼稚園、保育所 小学校 など	例 ○○幼稚園 年中 ○○小学校 1年 支援級在籍			電 話 （自宅・携帯）	父・母（ ） — （日中、繋がりのやすい電話番号を記載してください）		
				F A X （自宅）	（ ） —		
	年 月	機 関 名		診断内容・判定内容・療育形態など			
医療機関				（医師名 ）			
				（医師名 ）			
相談機関 （手帳の有無等）	手帳の有無						
	無 ・ 有 （療育手帳 A . B1 . B2 ） ・ その他（ ）						
療育機関 （児童発達支援等）	療育経験 無 ・ 有						
	（有の場合は、下記に機関名と利用期間・継続中の場合、曜日や時間の記入をお願いします）						
療育希望の 動機							

→裏面もご記入ください

*必ずしもご希望に沿える訳ではございません。予めご了承ください。

※この個人情報、風利用申し込みの選考のために使用し、それ以外の目的の為には使用いたしません。