

**こども発達支援センター青空 療育利用申込書（茨木市）**

私は、大阪府障害者福祉事業団「こども発達支援センター青空 療育事業実施要項」及び「利用に関するお願い」の記載内容及び児童の療育に関する情報等を茨木市発達支援課に報告することを了解した上で、療育利用の申し込みをします。

記入年月日 令和 年 月 日

ご家族代表氏名

(令和8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	平成 令和 年 月 日			住 所	〒		
年 齢	令和8年4月時点 才 か月	性別			F A X	( )	-
4月より、利用 予定の幼稚園、 保育所、通園施 設、小学校、支 援学校など				電 話	( )	-	
	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							
療育機関 (児童発達支援 放課後等デイサービス等)							
療育希望 の動機							