

令和9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、必要な情報を市くらしサポート第2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	平成・令和 年 月 日	住 所	〒586ー 河内長野市	
年 齢	(令和9年4月1日現在) 歳 か月			
所属する園・小学校名(予定含む)	(令和9年4月1日現在)	電 話	() ー	
		携 帯	父・母() ー	
		FAX	() ー	
学年	(令和9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○	H30 H31 R2 R3 R4 R5 R6 R7 R8		
	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(療育経験のある児童)			

■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✓) ☐ 自閉スペクトラム症 ☐ 広汎性発達障がい ☐ 自閉症 ☐ アスペルガー症候群 ☐ 高機能自閉症 ☐ ADHD ☐ 学習障がい(LD) ☐ 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。	(新規利用の方で下記の書類をお持ちの方は、申込み時に添付してください) ☐ 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言われた(機関名:) ☐ 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 ()		