

令和8年度 こども発達支援センターSun+（サンプラス）利用申込書

私は、大阪府障害者福祉事業団【こども発達支援センターSun+令和8年度発達障がい療育事業実施要項】及び【利用に関するお願い】の記載内容について了承した上で、サービス利用の申し込みをします。

記入年月日 令和 年 月 日

記入者氏名 _____

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（西暦） 年 月 日	住 所	〒		
年齢	（令和8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8年4月1日現在）	電 話	－	－	
		携 帯	－	－	（父・母・）
		F A X	－	－	
学 年	（令和8年4月1日現在）2歳児 年少 年中 年長 小1 小2				
	※小学生のみご記入ください		□支援級在籍	□通級利用	□どちらでもない
Sunの利用年度	なし・R2・R3・R4・R5・R6・R7				
Sun申込みをして 利用出来なかった年度	なし・R2・R3・R4・R5・R6・R7・R8				
検 査	新版K式・WISC・その他（） *1年以内に受けたもの				
通所受給者証の有無	□なし □あり（利用事業所）				
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）				

■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			平成・令和 年 月
	診断名	（該当するものすべてにチェック✓） □自閉スペクトラム症（ASD） □注意欠如・多動症（ADHD） □学習障がい（LD） □発達性協調運動症（DCD） □その他（）		

■診断を受けていない場合

（※ 下記のいずれかの書類を添付してください。内容について確認させていただきます）
（※ 書類がない場合は、下の同意欄に必ず署名をお願いいたします）

提出書類	□保健センターの発達相談結果票・意見書（検査年月 年 月） □市役所の発達相談結果票・意見書（検査年月 年 月） □その他（）
同 意 欄	こども発達支援センターSunから、保健センターや市役所へ、意見書の依頼に同意します。 署名 _____