

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	ふりがな	
児 童 氏 名		女	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		電 話	- -
所属する園・ 小学校名 (予定含む)	(令和 8 年 4 月 1 日現在)		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 <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			
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 ・ W I S C ・ その他 () * 1 年以内に受けたもの			
通所受給者証の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (利用事業所)			
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)			

■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✓) <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 (ASD) <input type="checkbox"/> 注意欠如・多動症 (ADHD) <input type="checkbox"/> 学習障がい (LD) <input type="checkbox"/> 発達性協調運動症 (DCD) <input type="checkbox"/> 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	<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"/> 市役所の発達相談結果票・意見書 (検査年月 年 月) <input type="checkbox"/> 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 _____