

大阪府障害者福祉事業団 こども発達支援センター青空

茨木市発達障害児個別療育支援事業

令和8年度 療育利用児 2次募集要項

本事業は、個別専門療育プログラムに基づき実施する「発達障がい療育支援事業」です。自閉スペクトラム症等、発達障がいの児童およびそのご家族を対象に、お子さんの特性に合わせた個別専門療育とご家族への研修を行います。

1 募集対象および募集定員（年齢は令和8年4月時点）

就学前児童を対象に療育をおこないます。定員は10名です。

※令和8年2月12日現在6名の空きがあります。

※定員に空きがあれば、新規学齢児（小学3年生まで）及び継続利用児（小学3年生まで）も利用できます

2 申し込み資格

(1) 茨木市内に在住し、上記の年齢の自閉スペクトラム症等、発達障がいの診断を受けている児童がいるご家族（保護者）。

※医師の診断書のほか、公的機関（こども支援センターや教育センター等）で1年以内に受けられた発達検査の結果等の書類があれば、申し込み可能です。

(2) ご家族同伴で継続して通所が可能で、研修にも必ず参加できる方。

(3) 利用決定後、児童発達支援等の障害児通所支援受給者証の申請をしていただきます。

(4) こども発達支援センターwill、こども発達支援センター風との重複申込はできません。ただし、申し込み期間中にwill及び風の利用が決定しなかった場合は、申し込みできます。

(5) 利用決定については、新規の方を優先させていただきます。

3 利用料

(1) 児童発達支援等利用のため、法で定める利用者負担額を徴収させていただきます。

(2) 研修の利用料として、1回あたり1,400円の実費負担をしていただきます。

(3) その他、プログラム内容によっては、自己負担していただく場合があります。詳しくは、療育利用決定後に説明させていただきます。

4 申し込み期間

令和8年2月12日（月）～先着順

5 選考方法および決定通知

先着順となります。結果につきましては、利用決定後申込者に郵送でお知らせします。

6 療育利用申し込み方法

(1) 青空のホームページから「こども発達支援センター青空利用申込書」をダウンロードしていただき、必要事項を記入し、ご家族の代表者氏名を明記して下さい。

(2) 医師の診断書、または1年以内に受けられた発達検査の結果をご用意ください。

(3) 利用決定通知用の封筒（長形3号推奨）に必要な切手を貼付のうえ、あて先（ご自宅住所）、ご家族の代表者氏名を記入して下さい。

- (4) 上記(1)～(3)を、下記のことも発達支援センター青空宛に郵送して下さい。
電話、FAX、メールでの申し込みは受け付けませんのでご了承下さい。
※申し込み期間中に直接、ご持参いただいた場合は受け付けいたします。

【送信用封筒】



【返信用封筒】

- ① 自分の宛先を記入
- ② 切手を貼る
- ③ 差出人名は記入しない



7 その他

児童発達支援センター及び青空以外の児童発達支援事業所等をご利用の方は、その日は、そちらをお休みいただき、青空をご利用いただくことになります。

その他、募集及び療育等に関するお問い合わせは随時、受け付けております。

下記の曜日、時間帯にお気軽にお問い合わせください。

連絡先

〒562-0015 大阪府箕面市稲六丁目15番26号 ことも発達支援センター青空

TEL 072-729-0125 FAX 072-729-8100

メールアドレス sora@sfj-osaka.net

※療育の都合上、問い合わせは月曜日～金曜日の9:00～9:30、16:30～17:45でお願いします。

ことも発達支援センター青空のホームページから、募集要項等資料をプリントアウトできます。

ホームページの参照は下記のQRコードを読み込んでください。



