令和９年度こども発達支援センター風【個別療育】利用申込書

（茨木市 発達障害児早期療育等支援事業）

私は、大阪府障害者福祉事業団「こども発達支援センター風　個別療育実施要項」及び「利用に関するお願い」の記載内容に同意し、児童の氏名、住所及び生年月日を茨木市こども育成部発達支援課に報告することを了承した上で、個別療育利用の申し込みをします。

記入年月日　　令和　　年　　月　　日

（令和９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	〒 茨木市
年　　齢 （４月１日時点）	才　　ヶ月　　性別		
令和９年度から 所属する 幼稚園、保育所 小学校　など	例　〇〇幼稚園　年中 〇〇小学校　１年　支援級在籍	電　話 （自宅・携帯）	父・母（　　）　　－ （日中、繋がりやすい電話番号を記載してください）

	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 （手帳の有無等）	手帳の有無（知的障がい、身体障がい、精神保健福祉等） 無　・　有　（療育手帳　A　．　B1　．　B2　）　・その他（　　）		
療育機関 (児童発達支援等)	療育経験　　無　・　有 （有の場合は、下記に機関名と利用期間・継続中の場合、曜日や時間の記入をお願いします）		
療育希望の 動機			

→裏面もご記入ください

【療育日程についてのアンケート】
※どうしてもご都合がつかない時間枠がありましたら、×をご記入下さい
※特に曜日、時間指定がない場合は未記入
※ご希望に沿える訳ではございませんので、ご了承ください

火曜日	時間指定なし	水曜日	時間指定なし	木曜日	時間指定なし	金曜日	時間指定なし
	・10:00		・10:00		・10:00		
	・13:00		・13:00		・13:00		・13:00
			・15:00		・15:00		

【お子さまについて該当箇所に☑を記入してください】

お子さまについて（該当箇所に☑）	□簡単な会話ができる（２語文以上・単語）　□一方的に話す □身振り・手振りで表現する（手を引っ張るクレーン動作や指さしを含む） □絵カードや写真を用いる　□その他（　　） ・要求するときの特徴（　　） ・拒否するときの特徴（　　） □じっとしていることが苦手　□じっとしてあまり動かない □初めての場所になじみにくい　□カッとなったり、イライラしやすい □パニックになりやすい　□気持ちの切り替えがしにくい □その他（　　） □目に見えたものに反応しやすい　□聴覚の過敏さ／鈍感さがある □触覚の過敏さ／鈍感さがある　□味覚の過敏さ／鈍感さがある ・親子分離の様子（保護者と離れて一定時間、一人で過ごすこと） □親子分離は可能　□親子分離はかなり困難

確認事項
【一読していただきましたら☑を記入してください】

□　療育の曜日や時間は、ご希望に沿える訳ではございません。
□　療育日程は年間をとおして、隔週で行う訳ではございません。祝日等により間隔が変更となる場合があります。（例：当初は第一水曜日・第三水曜日で始まったが、ある月からは第二水曜日・第四水曜日になるなど）
□　風の療育利用日に（利用の予定を伝えることも含み）、他事業所を利用することはできません。
※この書面は返信用封筒と共に、風まで郵送または持参してください
※この個人情報は、風利用申し込みの選考のために使用し、それ以外の目的の為には使用いたしません。