令和９年度　こども発達支援センターSun（サン）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９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

ふりがな		男 女	ふりがな	
児童氏名			保護者氏名	
生年月日	令和　　年　　月　　日		住　所	〒
年　　齢	（令和９年４月１日時点）　　歳　　か月			
所属する園・小学校名(予定含む)	（令和９年４月１日時点）		連絡先 携帯番号	－　　－ （父・母・　　）
学　　年	（令和９年４月１日時点）　２歳児　年少　年中　年長　小１　小２			
Sun の利用年度	なし　・　R3　・　R4　・　R5　・　R6　・　R7　・　R8			
Sun 申込みをして利用出来なかった年度	なし　・　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）			

■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		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の意見書の依頼に同意します。 署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿