

専門療育機関 利用登録申込書

(令和5年度版)

記入日:令和 年 月 日

発達障がいのあるこどものための専門療育機関の利用を希望するので、次のとおり申込みます。

児 童		保 護 者 (※主に親子通園される方)					
ふりがな		ふりがな					
氏 名		氏 名					
生年月日	平成 年 月 日 令和	児童の学年 (令和5年度)	<input type="checkbox"/> 年少 <input type="checkbox"/> 年中 <input type="checkbox"/> 年長 <input type="checkbox"/> 小1 <input type="checkbox"/> 小2 <input type="checkbox"/> 小3				
住 所	〒 ー 大阪市 区						
連 絡 先	連絡先の 順番	続柄	電話				
	①	【 】	() ー				
	②	【 】	() ー				
(最新の) 診断状況	医療機関名		診断年月				
	医師名	[]科・医師名[]	H・R 年 月				
	診断名 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラム障がい・自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> アスペルガー症候群					
障がい児通所給付の受給者証 (該当するものにチェック)		<input type="checkbox"/> 持っている(※) <input type="checkbox"/> 区役所窓口で申請中 <input type="checkbox"/> まだ手続きしていない					
(※)現在療育に通っている所があれば ご記入ください		療育機関名() <input type="checkbox"/> なし					
現在利用している相談機関 があればご記入ください		<input type="checkbox"/> 区役所・保健福祉センター(担当者:) <input type="checkbox"/> 相談支援事業所(事業所名:) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし					
利用を希望する専門療育機関(A・B・C・D・E・Fのいずれかを記入してください。) ※学齢児(小学生)のお子様は○印の事業所からお選びください							
第1希望	A	利用開始時期	学齢児利用可能	機関名	所在地		
		4月	<input type="checkbox"/>	児童デイサービスセンターan	淀川区		
第2希望	B	4月	<input type="checkbox"/>	大阪市更生療育センター	平野区		
				E	<input type="checkbox"/>	じらふ長居(ライフサポート協会)	住吉区
第3希望	C	9月	<input type="checkbox"/>	bonキッズ谷町	天王寺区		
				D	<input type="checkbox"/>	bonキッズ北堀江	西区
				F	<input type="checkbox"/>	大阪発達総合療育センターあさしお園	港区
専門療育について、どこでお知りになりましたか		<input type="checkbox"/> 区役所(保健福祉センター) <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他()					



※以下の項目をご確認のうえお申し込みください。確認後は**チェックをお願いします。**

- 療育期間は1年間です。療育中の療育機関の変更はできません。
- 過去に専門療育を受けられた方の再度のお申し込みはできません。
- 児童の療育に加え、保護者研修を必ず受講いただきます。
- 利用には受給者証が必要となります。
- 利用開始後、連絡がとれない場合や欠席が続いたり、利用者負担を支払わない場合は、利用を中止させていただくとともに利用登録名簿より削除いたします。
- 利用開始が決定した段階で申請書の記載内容を療育機関に提供いたします。
- 医療機関や相談機関に診断内容等の問い合わせをさせていただくことがあります。
- 申込受付後の登録期間は概ね2年間とします。その間に利用案内を行っても利用されない場合は、一旦登録削除となります。必要時に再度お申込ください。

登録番号
受付印

令和4年9月30日



【申込・問合せ先】大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター 発達障がい者支援室
〒547-0026 大阪市平野区喜連西6-2-55 電話 (06) 6797-6560

