

専門療育機関 利用登録申込書

(令和6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。

ふりがな			ふりがな			
児童氏名			保護者氏名			
生年月日	平成 令和	年 月 日	児童の学年 (令和6年度)	<input type="checkbox"/> 年少 <input type="checkbox"/> 小1	<input type="checkbox"/> 年中 <input type="checkbox"/> 小2	<input type="checkbox"/> 年長 <input type="checkbox"/> 小3
住所	〒 _____ 大阪市 _____ 区					
連絡先	連絡先の 順番	続柄	電 話			
	①	【 】	()	-		
	②	【 】	()	-		
(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	<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症		<input type="checkbox"/> 自閉症		
<small>※アスペルガー-症候群・広汎性発達障がいの診断名の方は「自閉スペクトラム症」の欄に☑を入れてください。</small>						
通所受給者証の有無	<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					
療育利用歴の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 療育機関名 ()					
手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 (療育手帳・身体障がい者手帳・精神障がい者保健福祉手帳) <input type="checkbox"/> あり (療育手帳 (A・B1・B2)・身体障がい者手帳 級・精神障がい者保健福祉手帳 級)					
利用している 相談機関の有無	<input type="checkbox"/> なし <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 ()					
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。) <small>※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</small>						
第1希望		利用開始時期	学齢児利用可能	機関名	所在地	
	A	4月	<input type="radio"/>	児童デイサービスセンター-an	淀川区	
B	<input type="radio"/>		大阪市更生療育センター	平野区		
第2希望	E	9月	<input type="radio"/>	じらふ長居 (ライフサポート協会)	住吉区	
	C		<input type="radio"/>	bonキッズ谷町	天王寺区	
第3希望	D		<input type="radio"/>	bonキッズ北堀江	西区	
	F		<input type="radio"/>	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 どこで知りましたか	<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きます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。必要時に再度お申してください。

登録番号
受付印

令和5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

