専門療育機関　利用登録申込書　（令和7年度版）

記入日：令和　　年　　月　　日

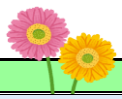
発達障がいのあるこどものための専門療育機関の利用を希望するので、次のとおり申込みます。

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7年度）	□年少未満　□年少　□年中　□年長 □小１　□小２　□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

通所受給者証の有無	□ 持っている □ 区役所窓口で申請中　　□まだ手続きしていない
療育利用歴の有無	□ なし □ あり　療育機関名（　　）
手帳の有無	□ なし　　□ 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） □ 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	□ なし □ 区役所・保健福祉センター　（担当者：　　） □ 相談支援事業所（事業所名：　　） □ 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。）

第１希望	
第２希望	
第３希望	

	利用開始	未就学児	学齢児	機関名	所在地
A	4月	○	○	YMCAサポートキッズ上新庄	東淀川区
B		○		大阪市更生療育センター	平野区
E		○	○	じらふ長居	住吉区
C	9月	○	○	bonキッズ谷町	天王寺区
D		○	○	にしキッズ	西区
F		○※		大阪発達総合療育センターあさしお園	港区

※　年中児まで

専門療育についてどこで知りましたか	□ 区役所（保健福祉センター）　□ 医療機関　□ 相談支援事業所 □ インターネット　□ 友人・知人　□ その他（　　）

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

□ 医療機関で自閉スペクトラム症の診断を受けていること。自閉スペクトラム症の疑いでの申込みはできません。
（自閉スペクトラム症：自閉症、アスペルガー症候群、自閉症スペクトラム、広汎性発達障がいを含む。）
□ 療育期間は１年間です。利用中の専門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。
□ 利用には通所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込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みください。

登録番号
受付印

令和7年7月1日

【申込み・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