

兵庫県立こども発達支援センターあて

(FAX 078-943-3830)

申込日 平成 年 月 日

兵庫県立こども発達支援センター利用申込書

(ふりがな)		男・女	生年月日	
児童氏名			平成	年 月 日( 歳)
住所	保護者で記載してください			
電話(FAX)			(FAX	)

※ 本申込書に併せて、各市町の「サポートファイル」を可能な限り持参してください

〈以下の項目は、市町窓口で記入してください〉

市町名	市町の代表となる窓口の所属			
代表窓口	所属		担当者氏名	
担当窓口	所属		担当者氏名	
電話	子どもと直接、関わりのある担当課		FAX	子どもと直接、関わりのある担当者職・氏名
紹介理由	診断	療育	診断と療育	気になる症状がある
	その他( )			セカンドオピニオン
支援施設からの情報	(発達検査の実施等)	過去の発達検査の結果や医療機関からの紹介状があれば、当センターでの診療・評価がスムーズに進みます。可能であれば、受診時に持参いただくよう、保護者にお伝えください。		保護者が希望されていること・市町の窓口で必要と考えることにあてはまるものに丸をつけてください
医療情報	(かかりつけ医療機関)	紹介状(有 無)		
所持している手帳	療育手帳	( A B1 B2 申請中 無 )		
	その他の手帳	( 級 )		
地域で利用している社会資源	(現在利用中のものについて、施設名、利用頻度、活動内容を記述してください)			
	<input type="checkbox"/> 育児教室、遊びの教室等( )			
	<input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園( )			
	<input type="checkbox"/> 学校( )	地域で現在利用中の機関をご記入ください。地域の支援機関と連携し、当センターでの支援を行います。		
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援、放課後等デイサービス( )			
	<input type="checkbox"/> 障害児等療育支援事業( )			

〈注〉内容等を確認後、□内に✓を入れてください。

- 本申込書を提出することを同意します。
- 市町が持っているお子様の情報を県立こども発達支援センターに提供することについて同意します。

保護者氏名