

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)			生年月日	
児童氏名		男・女	平成	年 月 日( 歳)
住所				
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				
代表窓口	所属		担当者氏名	
担当窓口	所属		担当者氏名	
電話			FAX	
紹介理由	診断 療育 診断と療育 気になる症状がある セカンドオピニオン その他( )			
支援施設からの情報	(発達検査の実施等)			
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( ) <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