

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		
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)		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。		
医療情報	(かかりつけ医療機関 紹介状(有 無))		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。		
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		( )		
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) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 育児教室、遊びの教室等( )</li> <li><input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園( )</li> <li><input type="checkbox"/> 学校( )</li> <li><input type="checkbox"/> 児童発達支援、放課後等デイサービス( )</li> <li><input type="checkbox"/> 障害児等療育支援事業( )</li> </ul>				

&lt;注&gt;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