施設支援申込書（就学後）

※受領印

令和　　年　　月　　日

尼崎市長様

施設支援を申込みます。

学校名

学校長

住所

電話

フリガナ		生年月日	年　月　日生
名前・性別	男・女		
フリガナ		クラス	年　組
担任名			

A.下記選択欄に該当するものに☑を入れてください

① 診断名　（□あり　□なし　□把握していない）⇒ある場合、診断名（　　）

② 療育手帳（□あり　□なし　□把握していない）⇒ある場合、判定（　□A　□B1　□B2）

③ 放課後等デイサービスの利用（□している　□していない　□把握していない）

④管理職に相談や情報共有をしていますか（□している　□していない）

⑤特別支援コーディネーターに相談や情報共有をしていますか（□している　□していない）

B.相談したいことにチェックをいれてください

□集団活動の参加が難しい　□不器用さがある

□姿勢や運動（力のコントロール）　□授業に集中できない・落ち着きがない

□周りからワンテンポ遅れて行動に移る　□言葉での理解や言葉での説明が難しい

□文字を読むことや文字を書くことに抵抗がある　□ルールに応じることが難しい

□友達との関りに課題がある　□その他

C.対象児への現在の対応方法とこうなってほしい姿をご記入ください

D.連絡の繋がりやすい時間

曜日：

時間帯：

以上

☆訪問の日程につきましては、申込受理日から３週間以降で調整しご連絡いたします。

☆振り返り時に、**管理職または対象児を把握している職員と担任の先生が同席できる日程**で調整をお願いいたしま

※は、記入しないでください。

※支援実施日　　年　　月　　日

：　　～　　：

参与	課長	係長	受付者