

須恵町教育委員会 教育長 様

## 就学先判断依頼申請書

令和 年度 学校入学 に向けて、就学先の判断を希望します。その審議に必要な入学者の情報について、須恵町教育委員会が入学者の所属園や療育施設等に対して請求することを認めます。

年 月 日

住所：

入学者氏名・生年月日：・ 年 月 日生

保護者氏名：

## これまでの保育・教育歴

期間	幼稚園・保育園・施設名・相談機関 等
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	

就学希望	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 通級による指導【情緒（LD/ADHD等）・言語】 <input type="checkbox"/> 特別支援学級【知的障がい・情緒障がい・その他（ ）】 <input type="checkbox"/> 特別支援学校【知的障がい・肢体不自由・病弱・視覚障がい・聴覚障がい】
発達心理検査等	<input type="checkbox"/> 受けたことがある <input type="checkbox"/> 受ける予定 資料の提出に同意します。
診断名	診断名（ ） 診断日 年 月 日 診断先病院名（ ）
手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳（A1・A2・A3・B1・B2） 年 月 日交付 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（程度： 種 級） 年 月 日交付 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（程度： 級） 年 月 日交付 <input type="checkbox"/> 無し
連絡先	電話番号（ ）自宅・父携帯・母携帯・その他（ ） ※判断結果は、個別面談（対面）での回答になりますので、日程調整を行う為
その他	伝えておくべきこと・不安にされていること等があればご記入下さい。

## 記入例

## 就学先判断依頼申請書

令和〇〇年度 須恵〇〇小学校入学 に向けて、就学先の判断を希望します。その審議に必要な入学者の情報について、須恵町教育委員会が入学者の所属園や発育施設等に対して請求することを認めます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所：須恵町大字須恵 771 番地

入学者氏名・生年月日：すえ たろう・令和〇〇年〇〇月〇〇日生

保護者氏名：すえ はなこ

## これまでの保育・教育歴

期間	幼稚園・保育園・施設名・相談機関 等
R7 年 4 月～ 年 月	すえ保育園
R7 年 6 月～ 年 月	発達相談事業所 すえ
年 月～ 年 月	

就学希望	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 通級による指導【情緒（LD/ADHD 等）・言語】 <input checked="" type="checkbox"/> 特別支援学級【知的障がい・情緒障がい・その他（ ）】 <input type="checkbox"/> 特別支援学校【知的障がい・肢体不自由・病弱・視覚障がい・聴覚障がい】
発達心理検査等	<input checked="" type="checkbox"/> 受けたことがある <input type="checkbox"/> 受ける予定 資料の提出に同意します。
診断名	診断名（ADHD・自閉スペクトラム症） 診断日 R7 年 5 月 1 日 診断先病院名（すえ発達クリニック）
手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳（A1・A2・A3・B1・B2） R7 年 5 月 10 日交付 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（程度： 種 級） 年 月 日交付 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（程度： 級） 年 月 日交付 <input type="checkbox"/> 無し
連絡先	電話番号（090-0000-0000）自宅・父携帯・ <input type="radio"/> 母携帯 その他（ ） ※判断結果は、個別面談（対面）での回答になりますので、日程調整を行う為
その他	伝えておくべきこと・不安にされていること等があればご記入下さい。 注意力がなく、話を聞いていないことが多い。 自分の言葉で気持ちを伝えることができない。

## 申請書の提出に必要なもの…

①発達検査の結果（写し）

②診断名（診断名・診断先・診断日の記入が必要。診断書は不要。）

※病院の予約がなかなか取れない事がありますので、早めに受診や予約を取っていただくようにお願いします。