

## 半田市発達支援通級クラス実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、保育所及び幼保連携型認定こども園（以下「保育所等」という。）における特別支援教育の充実を図るため、通級による発達支援クラスを設置し、少人数の中で一人ひとりの特性に合わせた療育支援を行い、発達を促していくことを目的とする。

### (対象児童)

第2条 対象児童は、保育所等に通園する児童のうち、市長が特別な支援が必要と認めた3歳児から5歳児までの児童とする。

### (実施場所)

第3条 実施場所は、半田市立白山保育園とする。

### (名称)

第4条 名称は、発達支援通級クラスひまわり組（以下「ひまわり組」という。）とする。

### (定員)

第5条 定員は、1クラス6名とし、5クラス設置する。

### (療育内容)

第6条 ひまわり組における療育は、対象児童の通級により、個別支援計画に基づくそれぞれの特性に応じた支援を少人数で行うこととし、在籍園での円滑な生活につなげるものとする。

### (職員の配置)

第7条 ひまわり組に保育士2名を配置し、必要に応じて、臨床心理士、作業療法士等を配置するものとする。

### (申請及び決定)

第8条 ひまわり組への通級を希望する児童の保護者は、半田市発達支援通級クラス「ひまわり組」入級申請書（様式第1）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受理した場合、入級審査委員会を開催し、可否を決定するものとする。

3 市長は、前項の規定による決定を、第1項の申請書を提出した保護者に対し、半田市発達支援通級クラス「ひまわり組」入級決定通知書（様式第2）により通知するものとする。

### (入級審査委員会)

第9条 前条第2項に規定する入級審査委員会（以下「委員会」という。）は、保育幼稚園課長、ふたば園長、つくし学園長、つくし学園臨床心理士1名、子育て相談課保健師1名で構

成する。

2 委員会の委員長は、保育幼稚園課長が務める。

3 委員会の事務局は、保育幼稚園課が行う。

(臨床心理士及び作業療法士による指導)

第10条 臨床心理士及び作業療法士は、必要に応じて、対象児童に対し指導を行うものとする。

(保護者相談)

第11条 ひまわり組担当保育士、臨床心理士、作業療法士等は、必要に応じて、保護者相談を行うものとする。

(連携会議)

第12条 ひまわり組の円滑な運営を図るため、在籍園の園長及びクラス担任、ひまわり組担当保育士、臨床心理士、白山保育園長、指導主事、つくし学園長、子育て相談課保健師等により、必要に応じて、連携会議を開催するものとする。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

様式第1（第8条関係）

半田市発達支援通級クラス「ひまわり組」入級申請書

年 月 日

半田市長 殿

保護者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、「ひまわり組」入級を申し込みます。

記

ふりがな				
入園児名				男 ・ 女
生年月日	年	月	日生	続柄
住 所				
入級希望	年	月		
在籍園（予定）	半田市立	園	歳児	
利用希望日	日数	<input type="checkbox"/> 1日	<input type="checkbox"/> 2日	
	曜日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
利用を希望する理由 （気になる点にレ点をつけてください）	生活面	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 着脱
	対人面	<input type="checkbox"/> 友達とのかかわり		<input type="checkbox"/> 大人とのかかわり
	行動面	<input type="checkbox"/> 他害	<input type="checkbox"/> 多動	<input type="checkbox"/> かみつ き <input type="checkbox"/> こだわり
	言語面	<input type="checkbox"/> 理解	<input type="checkbox"/> 意思伝達	
	その他（自由記載）			

様式第2（第8条関係）

半田市発達支援通級クラス「ひまわり組」入級決定通知書

年 月 日

保護者

氏 名 \_\_\_\_\_ 様

半田市長

申請のありました「ひまわり組」入級を決定いたします。

記

ふりがな	
園 児 名	
在 籍 園	半田市立 _____ 園 _____ 歳児

※ 通級は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月から開始します。通級の日時等については、  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月に決定し、在籍園を通してお伝えします。