

## 事業所間連携加算確認書（新規・変更）

連携を希望される場合は、本確認書をご提出ください。

以下の両方に該当する方が対象となります。

○障害児相談支援を利用していない方(セルフプランの方)

○2か所以上の事業所(児童発達支援又は放課後等デイサービス)を利用している方・利用予定のある方

児童氏名	受給者証番号
フリガナ .....	

事業所間で連携した支援体制の確保に向けて、当該児童が利用する全ての事業所間で緊密な連携を図るため、事業所間連携加算を活用することに同意するとともに、市町村から事業所に対してセルフプランの共有並びにコア連携事業所を中心にして事業所間で支援状況や個別支援計画等について情報共有が行われることに同意します。

年 月 日

保護者氏名(署名)

コア連携事業所を変更する理由 ※変更する場合のみご記入ください

	利用事業所名	担当者・連絡先	コア連携事業所※(希望)
①			
②			
③			
④			

※お子さんの支援等に関し、利用事業所間で情報連携を行う会議を主催する事業所として希望(推薦)する事業所(1か所のみ)に○印↑

(例)利用頻度の多い事業所、上限額管理事業所等

.....(事業所記入欄).....

当該児童が利用する事業所間により連携を図っていくための連絡調整等を行うことを承諾します。

コア連携事業所名

\_\_\_\_\_

事業所承諾日

年 月 日

事業所担当者名

.....(船橋市記入欄).....

当該児童が利用する事業所間により連携を図っていくための連絡調整等を行うことを依頼し、承諾を得ましたので、下記のとおりコア連携事業所を決定いたします。

コア連携事業所名

\_\_\_\_\_

決定日

年 月 日