

事業所間連携加算確認書(解除)

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希望し、事業所間連携加算を活用するため、コア連携事業所を推薦していましたが、解除します。	
年 月 日	
保護者氏名(署名)	

コア連携事業所名		電話番号	
----------	--	------	--

☐ 解除する事業所に連絡を行いました。

解除の事由等	解除年月日	年 月 日
1. 障害児相談支援を利用するため		
2. 利用事業所が1か所になるため		
3. その他(		

..... (船橋市記入欄)

下記のとおりコア連携事業所を解除します。

☐ 職権による(該当する場合はチェック)

コア連携事業所名 _____

決定日 年 月 日