

【記載例】

事業所間連携加算確認書(解除)

※太枠内は保護者が記入

児童氏名		受給者証番号	
フリガナ	△△ △△	受給者証番号を記入	
	〇〇 〇〇		
児童氏名を記入			
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		日付（申請日）を記入	
保護者氏名（署名）		保護者名を記入	

コア連携事業所名	〇〇 〇〇	電話番号	012-345-6789
□ 解除する事業所に連絡を行いました。		コア連携事業所名を記入	

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