

事業所間連携加算 申込書

事業所間で連携した支援体制の確保に向けて、事業所間連携加算

記載例

児童氏名		受給者証番号
フリガナ	アヤセ ハナコ	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
綾瀬 花子		
住 所		
〒252-1192		
綾瀬市早川550番地		
電話番号 0467（77）1111		
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者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。		
令和 7 年 〇 月 × 日		
給付決定保護者氏名（署名） 綾瀬 太郎		

事業所名		連絡先	コア連携事業所 (希望)
①	〇〇園	〇〇-△△-■■■■■	〇
②	〇×キッズ	△△-■■-〇〇〇〇	
③	××あやせ	■■-〇〇-△△△△	
④			

【記入要領】

現在通所している事業所を記載いただき、コア連携事業所として登録を希望する事業所に「〇」を記入してください。

「事業所間連携加算 申込書」は、市で保管しますので、事業所等には送付しません。

なお、コア連携事業所の決定後に、保護者様とコア連携事業所に「事業所間連携加算確認書」を郵送します。