

事業所間連携加算確認書(□新規・□変更)

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、国立市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	
給付決定保護者氏名(署名) _____	

	利用事業所名	電話番号	担当者名	※コア連携事業所の承諾
①				
②				
③				
④				

※・・・ コア連携事業所として希望する事業所に、承諾を得られた場合に○をつける。(1か所のみ) ↑

(コア連携事業所 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。

事業所承諾日 年 月 日

コア連携事業所名 _____

事業所担当者名 _____

(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します。

コア連携事業所名 _____

決定日 年 月 日

市町村名 国立市