

事業所間連携終了届出書

※保護者記入欄

児童氏名	受給者証番号
フリガナ	

下記理由により、事業所間連携加算の終了を申し出ます。(当てはまる箇所に☑を付けてください。)

児童発達支援又は放課後等デイサービスの利用を終了するため。
 障害児相談支援を利用するため。(セルフプランでは無くなったため。)
 利用事業所が一事業所になるため。または、同一法人の運営する事業所のみになるため。
 その他()

令和 年 月 日

給付決定保護者氏名(署名)

※事業所記入欄

事業所間連携加算の終了に伴い、連携事業所に終了の連絡を行いました。

令和 年 月 日

事業所名 _____ 電話番号 _____

※市記入欄

上記児童に係る事業所間連携加算の算定を終了します。

受付日	令和 年 月 日
終了日	令和 年 月 日