

事業所間連携加算確認書

| 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、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      年      月      日                                                                                                                                |        |
| 給付決定保護者氏名(署名)                                                                                                                                          |        |

|   | 利用事業所名 | 連絡先 | コア連携事業所※ |
|---|--------|-----|----------|
| ① |        |     |          |
| ② |        |     |          |
| ③ |        |     |          |
| ④ |        |     |          |

※・・・ コア連携事業所となる事業所の承諾が得られたのち、市町村が該当する事業所に○をつけること。

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、上記の○がついた事業所をコア連携事業所といたします。

事業所承諾日      令和      年      月      日

事業所担当者名

決定日      令和      年      月      日

市町村名      吹田市