

# 事業所間連携加算（新規 / 変更）確認書

(様式1)

(本様式の提出の対象となる方)

以下の両方に該当する方

○障害児相談支援を利用していない方(セルフプランの方)

○2か所以上の事業所(児童発達支援又は放課後等デイサービス)を利用している方・利用予定がある方

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、神戸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

1. 同意します。

2. 同意しません。

年 月 日

給付決定保護者氏名(署名)

No.	利用事業所名	電話番号	担当者名	コア連携事業所の推薦(希望)
①				
②				
③				
④				

※お子さんの支援等に関し、利用事業所間で情報連携を行う会議を主催する事業所として希望(推薦)する事業所(1か所のみ)に○印 ↑

(例) 利用頻度の多い事業所、上限額管理事業所等

希望する事業所の承諾を得られませんでした。

事業所を変更する場合	変更年月日	年 月 1日	<input type="checkbox"/> 変更前の事業所に連絡を行いました
------------	-------	--------	---

### (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をします。

コア連携事業所名 \_\_\_\_\_

事業所承諾日 年 月 日

事業所担当者名 \_\_\_\_\_

### (神戸市記入欄)

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

\_\_\_\_\_ 区福祉事務所長