

事業所間連携加算確認書(□新規・□変更)

※保護者記入欄

| 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)

※事業所記入欄

コア連携事業所として、利用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。

令和 年 月 日 事業所名

|   | 利用事業所名<br>(事業所番号) | 電話番号 | コア連携事業所<br>(一事業所のみ○を<br>付けてください。) |
|---|-------------------|------|-----------------------------------|
| ① | ( )               |      |                                   |
| ② | ( )               |      |                                   |
| ③ | ( )               |      |                                   |
| ④ | ( )               |      |                                   |

<コア連携事業所の候補となる事業所>

- ・上限管理加算、中核機能強化加算を算定している事業所
- ・主体的に保護者の相談支援を実施している事業所

<注意事項>

- ・児童発達支援又は放課後等デイサービス以外のサービスは対象外です。
- ・利用事業所全てが同一法人により運営されている場合には、本加算は算定できません。

※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、①の事業所をコア連携事業所といたします。

|       |          |
|-------|----------|
| 受付日   | 令和 年 月 日 |
| 適用開始日 | 令和 年 月 日 |