

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	ヒロシマ ハナコ	0030000000
広島 花子		
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。)		
☐ 児童発達支援また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 〇年 〇月 〇日		受給者証に記載されている 保護者氏名
給付決定保護者氏名(署名) 広島 太郎		

※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 〇年 〇月 〇日

事業所名 A事業所 電話番号 082-000-0000

※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