

事業所間連携加算(解除)確認書

(本様式の提出が必要な方)

以下のいずれかに該当する方

○障害児相談支援を利用する方(セルフプランでは無くなった方)

○利用事業所が1か所になる方(児童発達支援又は放課後等デイサービス)

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希望し、事業所間連携加算を活用するため、コア連携事業所を推薦していましたが、解除します。

年 月 日

給付決定保護者氏名(署名)

コア連携事業所名	電話番号

解除する事業所に連絡を行いました

解除の事由等	解除年月日	年 月 1日
1. 障害児相談支援を利用するため		
2. 利用事業所が1か所になるため		
3. その他()		

(神戸市記入欄)

下記のとおりコア連携事業所を解除します。

職権による(該当する場合はチェック)

コア連携事業所名 _____

解除日 年 月 日

_____区福祉事務所長