

事業所間連携加算(新規 / 変更)確認書

(本様式の提出の対象となる方)

以下の両方に該当する方

○障がい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

(保護者記入欄)

児童氏名	児童生年月日	通所受給者証番号
フリガナ	平成・令和 年 月 日	

高槻市長様

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すべ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、高槻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高槻市及び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

印(署名自筆の場合押印省略可)

.....(コア連携事業所記入欄).....

	事業所番号	利用事業所名	コア連携事業所 ※1	同一法人 ※2	上限額 管理事業所 ※3	契約日数
①			○			/月
②			/			/月
③			/			/月
④			/			/月
⑤			/			/月

事業所を 変更する場合 ※4	変更年月日	令和 年 月 1 日	<input type="checkbox"/> 変更前の事業所に連絡しました。
----------------------	-------	------------	--

- ※1 コア連携事業所は、原則として、利用者負担上限額管理事業所(以下、「上限額管理事業所」という。)と一致すること。ただし、上限額管理事業所を登録していない場合は、原則として利用日数が最も多い事業所をコア連携事業所とする。
- ※2 同一法人に○印をつけること。同一法人のみの登録は不可。
- ※3 上限額管理事業所が登録されている場合は○印をつけること。
- ※4 コア連携事業所及び関連事業所を変更する場合のみ記入。変更年月日は、提出日の属する月の翌月1日とする。

上記の保護者より同意があった事業所間連携について、責任をもってコア連携事業所としての事務を行うことを報告します。また、関係事業所の役割についても、各事業所より承諾を得ており、その内容を報告します。

提出日 令和 年 月 日

コア連携事業所名 _____

コア連携事業所所在地 _____

コア連携事業所電話番号 _____

.....(高槻市記入欄).....

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について、上記①の事業所をコア連携事業所として決定します。

コア連携事業所決定日 令和 年 月 1 日