

事業所間連携加算(解除)確認書

(本様式の提出の対象となる方)
 以下のいずれかに該当する方
 障がい児相談支援の利用が決定した方(セルフプランを終了する方)
 利用する事業所(児童発達支援又は放課後等デイサービス)が1か所になる方
 事業所間連携の終了を希望する方

※通所受給者証を更新しない場合や、他市への転出等に伴い本市での支給決定の対象から外れる場合は提出不要です。

(保護者記入欄)

児童氏名	児童生年月日	受給者証番号
フリガナ	平成・令和 年 月 日	

解除の事由等 ※該当する番号に○印をつけてください。

1. 障がい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()

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、高槻市よりコア連携事業所の決定を受けておりましたが、以下の事由をもって解除を依頼します。

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)

コア連携事業所に解除を希望する旨の連絡を行いました。

.....(高槻市記入欄).....

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 _____

コア連携事業所解除日 令和 年 月 1 日

高槻市子ども未来部子育て支援課長