

# 事業所間連携加算確認書

児童氏名	受給者証番号
フリガナ	
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>給付決定保護者氏名(署名)</p>	

	利用事業所名	事業所に変更があった場合の記載欄 (開始日・終了日)	コア連携 事業所
①		<input type="checkbox"/> 開始 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	
②		<input type="checkbox"/> 開始 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	
③		<input type="checkbox"/> 開始 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	
④		<input type="checkbox"/> 開始 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	
⑤		<input type="checkbox"/> 開始 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	
⑥		<input type="checkbox"/> 開始 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	
⑦		<input type="checkbox"/> 開始 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	

事業所記載欄
<p>上記の者より依頼を受け、コア連携事業所として、他の事業所と良好な関係を構築し、日常的な情報共有や会議の開催等における連絡調整を担うことについて承諾しました。</p> <p>事業所承諾日 年 月 日</p> <p>事業所名</p>

大田区記載欄
<p>確認書の提出を受け、上記事業所をコア連携事業所として確認しました。</p> <p>決定日 年 月 日</p> <p>市町村名 大田区</p>

※利用事業所を変更する場合は、コア事業所に連絡のうえ、確認票はその内容を書き加えて保管してください。  
 ※コア連携事業所を変更する場合は、改めて確認書を提出してください。