

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	
住 所	児童生年月日
豊島区	年 月 日
<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、豊島区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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">給付決定保護者氏名(署名)</p> <p style="text-align: center;">_____</p>	

	利用事業所名	連絡先	コア連携事業所 ※
①			
②			
③			
④			

※・・・ 保護者が希望する事業所に事前に相談をし、了承が得られたら○をしてください。

コア連携事業所記入欄	
上記の者より、コア連携事業所となる依頼を受けた件につきましては、責任を持って事業所間連携を行うことを承諾します。 年 月 日	
コア連携事業所 所在地及び連絡先	
コア連携事業所 事業所の名称	印
担当者(管理者)名	

コア連携事業所が記入

----- 下記、区職員記入欄 -----

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の承諾を得ましたので、上記事業所をコア連携事業所といたします。

決定日	
自治体名	豊島区