令和　　年　　月　　日

児童福祉センター発達相談所

第二児童福祉センター発達相談課　宛て

事業所名：

担 当 者：

連 絡 先：

事業所間連携に係る申出書

　対象児童について、適切な支援の提供に向け、関係機関による緊密な連携を図る必要があるため、以下のとおり、事業所間連携の実施について申出を行います。

１　対象児童の情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | 対象児童の氏名 | 生年月日 | 支給日数 |
|  |  | 年　　月　　日 | 日 |

※　支給日数は、現在利用している受給者証に記載された日数を記入すること

２　事業所の利用状況（申出日時点）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | 事業所名 | サービス  提供開始月 | 契約日数 |
|  |  | 年　月 | 日 |
|  |  | 年　月 | 日 |
|  |  | 年　月 | 日 |

**※　１行目には、コーディネートの中核となる事業所を記載すること**

※　申出日時点で利用している全ての事業所を記載すること

※　各事業所の契約日数の合計が、対象児童の支給日数を上回っていないことに注意すること

３　関係機関（行政を含む。）による緊密な連携が必要な理由

|  |
| --- |
|  |

４　障害児相談支援の利用に向けた今後の見通し

|  |
| --- |
|  |