

個別サポート加算Ⅱ 請求審査に係る報告書

利用者氏名			
連携先機関等との 連携の状況 連携先機関：	連携状況	前月の 連携の有無	有 ・ 無
		連携日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
		実施場所	
		連携先担当者	
	連携内容		
	家庭との関わりや 児童へのケアにお いて事業所と連携 の必要性	連携の必要性： 有 ・ 無 【上記理由】	
要支援児童等や家庭への 支援の状況	支援状況	前月の 支援の有無	有 ・ 無
		支援日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
		支援場所	
	支援内容		

※毎月10日までに福祉支援課に提出すること。（例：12月連携分は翌月1月10日までに提出）