

同意書

私は、個別サポート加算（Ⅱ）の説明を受けたうえで、事業所が連携先機関と児童の支援状況等を共有しながら支援を行うことに同意します。

児童氏名	
サービス事業所名	
連携先機関	

令和 年 月 日

住 所： _____

氏 名： _____

個別サポート加算（Ⅱ）の算定に係る届出書

令和 年 月 日

可児市福祉事務所長 様

事業所番号														
事業所の名称														

対象者

受給者証番号													
通所給付決定 保護者氏名													
通所に係る 児童氏名													

連携先機関

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

算定開始日・終了日

開始・終了の別	開始 ・ 終了												
算定の開始日または終了日	令和	年	月	日									