様式２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（支給決定自治体）市町村長　様

　（障害福祉所管課扱い）

集中的支援の実施申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者  □相談支援事業所  　□通所事業所  　□入所施設  　□その他 | 法人名  事業所名  管理者名  連絡先 |
| 対象児者 | 氏名 |
| 住所 |
| 利用事業所等 | 法人名：　　　　　　　事業所名：  担当者：　　　　　　　連絡先：  事業所住所： |
| 担当の相談支援専門員 | 連絡先： |
| 集中的支援の開始希望月 |  |
| 集中的支援を必要とする理由（概要） |  |
| 備考 |  |

＊申請する際は、以下の書類を添付してください。

・対象児者の受給者証の写し

・強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了証書の写し

・実践研修修了者が作成する支援手順書（支援計画シート）及びそれに対応する支援記録の写し

＊利用事業所等が複数あるときは、欄を追加して記入してください