

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