様式１：集中的支援の実施申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

集中的支援の実施申請書

（支給決定自治体）

市町村長　殿

　児童相談所長　殿

　岡山県強度行動障害集中的支援実施要領第５条第１項の規定に基づき、次のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  □通所事業所  □居住系事業所  □家族等 | 法人名 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| サービス種別 |  | | |
| 所在地（住所） |  | | |
| 管理者（氏名） |  | | |
| 連絡先（電話番号） |  | | |
| （※家族等の場合は、住所、氏名・連絡先のみ） | | | |
| 対象児者 | 氏名 | |  | |
| 生年月日（年齢） | |  | |
| 住所 | |  | |
| 行動障害の評点 | | 点 | |
| 利用事業所等  （申請者以外） | 法人名 | |  | |
| 事業所名 | |  | |
| 所在地 | |  | |
| 管理者（氏名） | |  | |
| 連絡先（電話番号） | |  | |
| 担当の相談支援専門員 | 法人名 | |  | |
| 事業所名 | |  | |
| 氏名 | |  | |
| 連絡先（電話番号） | |  | |
| 希望する支援の形態（該当に○） | １　事業所訪問型  ２　居住支援活用型 | | | |
| （※２の場合）  支援終了後の居住の場所 | 施設名等 | | |  |
| 管理者（氏名） | | |  |
| 連絡先（電話番号） | | |  |
| 集中的支援の  開始希望月 |  | | | |
| 集中的支援を  必要とする理由 |  | | | |
| 備　考 |  | | | |

＊対象者の受給者証の写し及び集中的支援に係る同意書（様式２）を添付してください。

＊利用事業所等が複数あるときは、欄を追加してご記入ください。