

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

(支給決定機関)
市区町村長 殿

大阪府強度行動障がい集中的支援実施要綱第 8 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	法人名	
	事業所名	
	サービス種別	
	所在地 (住所)	
	管理者 (氏名)	
	担当者 (氏名)	
	連絡先 (電話番号)	
	※通所事業所の場合 利用頻度	
対象者	氏名	
	生年月日 (年齢)	
	住所	
	行動関連項目	点 (直近の調査の結果)
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)	
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)	
集中的支援を 必要とする理由 (具体的かつ簡潔に)		
<p>以下に同意のうえ、申込みます。☑をつける。</p> <p><input type="checkbox"/> 対象となる障がい者は行動関連 10 点以上であり、障がい児にあっては、強度行動障がい判定表 20 点以上である児 (いずれも支援区分は問わない)</p> <p><input type="checkbox"/> 広域的支援人材の支援に対応するため、事業所内において複数人で編成するチーム体制を構築すること</p> <p><input type="checkbox"/> 支援を受けるチームに係わらない職員や事業所管理者、法人責任者が、助言援助等を受けることにつき理解し、協力すること</p> <p>(その他の要件)</p> <p>計画相談支援・障害児相談支援を利用している場合には、サービス担当者会議で検討するなど、担当する相談支援専門員等と十分な連携を図っていること</p> <p>(意向調査)</p> <p><input type="checkbox"/> 選定の結果、集中的支援が不決定となった場合、大阪府より助言を受けることを、希望します。</p>		

- * 対象者のアセスメントシート（様式1-1）、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）、対象児者のサービス等利用計画の写しを添付してください。
- * 相談支援を利用している場合、集中的支援の申請を検討したサービス担当者会議の議事録の写しを添付してください。