（様式２）

集中的支援の実施申請書

　支給決定自治体の長　あて

　長野県健康福祉部障がい者支援課長　あて

集中的支援の実施申請

　「強度行動障がい児者集中的支援モデル事業実施要綱」第６に規定する留意事項及び

第９に規定する費用負担について確認の上、下記のとおり集中的支援の実施を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 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（氏名）  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 |  |

※対象者の受給者証の写し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。

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

　長野県健康福祉部障がい者支援課長　あて

　上記の通り、集中的支援の実施申請書を受理しました。集中的支援が必要と認められますので、集中的支援の実施を依頼します。

市町村名　　　　　（担当課名）　　　　担当者　　　　　連絡先