**障害児通所支援事業所における**

**連携先機関等との連携支援について（個別サポート加算Ⅱ）**

（様式）

作成日：令和　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名（生年月日）  【受給者番号】 | （　　年　　月　　日）  【　　　　　　　　　　　】 |
| 個別サポート加算Ⅱ  算定開始日 | 令和　　年　　　月　　　日 |
| 算定要件チェック項目  ※該当する項目に○をつけてください。該当しない項目がある場合は算定できません。 | ・個別支援計画書に、連携機関先等との連携支援の内容について記載し、本加算の趣旨や支援内容を保護者に説明し同意を得ている。  ・連携機関先等と支援状況等を年１回以上共有し、その記録を文書にて双方で保管している。 |
| 連　携　支　援　内　容 | |
| １．児童の状況  （概要） |  |
| ２．連携先機関等との  　　連携内容  　　（概要） |  |
| ３．連携先機関等  ※児童相談所や母子健康包括支援センター等の公的機関や、要保護児童対策地域協議会、医師 |  |
| ４．連携機関先等と  支援状況等の  共有日（直近） | 令和　　年　　　月　　　日 |
| ５．保護者同意日 | 令和　　年　　　月　　　日 |
| ６．その他 |  |

※各項目について、枠内に収まらない場合は適宜枠を広げて記入してください。

担当職員