様式2：集中的支援の実施申請書

（支給決定自治体）市町村長　様

集中的支援の実施申請

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 法人名事業所名管理者名（氏名）連絡先　　TEL　　　　　　　　　FAX　　　メール |
| 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

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

京都府知事　西脇　隆俊　様

上記の通り、集中的支援の実施申請書を受理いたしましたので、集中的支援の実施を依頼します。

市町村名　　　　　担当者　　　　　連絡先