年度途中で掲載内容に変更が生じた場合、ご活用ください。

**依頼先　山城北保健所福祉課　発達部会事務局担当者(FAX 0774-24-6215)**

山城北圏域障害者自立支援協議会　発達部会

教育と福祉の連携ハンドブック　変更依頼票

|  |  |
| --- | --- |
| 回答機関・担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

* 「令和版　教育と福祉の連携ハンドブック」(改訂　令和4年2月)掲載内容について、変更が生じましたのでお知らせします。
* 変更日　令和　　　年　　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 変更前 | 変更後 |
| ①法人名 |  |  |
| ②機関名 |  |  |
| ③サービス種別 |  |  |
| ④支援内容 |  |  |
| ⑤対象者 |  |  |
| ⑥対象地域 |  |  |
| ⑦相談日・時間(事業所等の営業時間) |  |  |
| ⑧児童の利用時間(利用可能な時間帯) |  |  |
| ⑨　　　郵便番号 |  |  |
| 住所 |  |  |
| TEL |  |  |
| FAX |  |  |
| ⑩URL |  |  |
| ⑪(障害児通所支援事業所について)同じ法人内で相談支援事業所を有していますか? | | はい　　・　いいえ |
| ⑪(相談支援事業所について)同じ法人内で障害児通所支援事業所を有していますか? | | はい　　・　いいえ |

※記載上の注意

* 変更のあった個所について「変更前・変更後」の両方を記載してください。
* 内容は時期改訂に反映します。
* 保健所ホームページで掲載しますので**「保護者も含めた不特定多数の目に触れても差し支えのない内容」**についてご回答ください。