

様式 2 （第 7 条第 1 号関係）

年 月 日

（支給決定自治体）市町村長 殿

集中的支援の実施申請

申請者 ☐ 相談支援事業所 ☐ 通所事業所 ☐ 入所施設・GH ☐ その他	法人名	
	事業所名	
	管理者（氏名）	
	所在地（住所）	
	連絡先（電話）	
	*利用中の事業所等がなく区役所等が対応する場合は、所属名・担当者・連絡先がわかるよう記載してください。	
対象児者	氏名	
	生年月日	
	住所	
利用事業所等	法人名	
	事業所名	
	所在地	
	担当者名	
	連絡先（電話）	
担当の相談支援専門員	事業所名	
	担当者名	
	連絡先（電話）	
集中的支援を必要とする理由（概要）		
備考	支援チームやその他の関係機関などを記載してください	

*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
=====

川越市長 殿

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