強度行動障害児支援加算に係る認定調査申請書

児童氏名（受給者証番号）	生年月日
（　　）	年　　月　　日

強度行動障害児支援加算に伴う支援を提供する予定の事業所	
事業所番号	事業所名
事業所番号	事業所名
事業所番号	事業所名

（提出先）

半田市長　様

上記の事業所が強度行動障害児支援加算に伴う支援を提供するため、認定調査をしていただきますようお願いします。

令和　　年　　月　　日

居住地	〒 半田市
電話	
申請者 氏名	

1. この申請書は誕生月の更新時に半田市に提出してください。
2. この申請書の提出を受けて、半田市が行動障がいに係る認定調査を実施します。
   なお、認定調査は上記事業所の中で、原則として最も利用日数の多い事業所で行います。
3. 強度行動障害児支援加算の対象となりましたら、受給者証に記載いたします。