

地域体制強化共同支援加算に関する届出書

年 月 日

習志野市長

申請者 所在地
名称
代表者名

異動区分	☐ 新規 ☐ 変更 ☐ 終了
事業所名	
サービス種類	☐ 計画相談支援 ☐ 障害児相談支援
事業所番号	
事業所住所	(〒 -)
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	

【加算対象となる要件】

※次のいずれかの要件に該当していること。

要件1	市により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを運営規程に定めている。	有 ・ 無
要件2	地域生活支援拠点等を構成する関係機関（拠点関係機関）との連携体制を確保するとともに、習志野市障がい者地域共生協議会に定期的に参画している。	有 ・ 無

【要件2の場合】

①「地域生活支援拠点等関係機関との連携体制の確保」について、具体的な確保の状況を下記へ記載

②「習志野市障がい者地域共生協議会に定期的に参画」について、具体的に参画している会議名、部会名を下記へ記載

注：加算の要件を満たすことがわかる根拠資料を添付の上、御提出ください。