

市町村困難事例サポートチーム派遣依頼書

令和 年 月 日

徳島県発達障がい者総合支援センター所長 殿

住所
氏名(代表者)

申請者

次のとおりサポートチームの派遣を依頼します。

派遣先

事業所名		サービスの種類	
代表者名(職)	()		
住所			
連絡先	TEL FAX	e-mail	

対象者の状況

年齢	歳	障がい名	
手帳(等級)	<input type="checkbox"/> 療育() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 身体()		
障がい支援区分		利用中のサービス	

事例の概要

対応に困っている場面(1名にしぼって、具体的な場면을教えてください)	
これまでの事業所での支援内容	
その他特記事項(相談したいところなど)	
通信欄	市町村担当者: 連絡先: 事業所担当者: 連絡先:

