（事前調整（利用者向け））

強度行動障害地域生活支援事業　集中支援後事業所利用内諾書

令和　　年　　月　　日

加古川市長　　　様

申請人

氏　　名

住　　所

電話番号

補佐人等

※成年後見制度を利用されていない場合はご相談ください。

　私は本事業の集中支援を受けた後、下記事業所を利用することを約束します。

　なお、利用にあたっては加古川市の利用調整（区分認定を含む）や助言に真摯に対応いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  |  |
| 利用サービス種類 |  |  |
| 利用形態等 |  |  |
| その他 |  |  |