

様式第3号（第6条関係）

補助対象相談支援専門員の担当する本市支給決定者一覧 No. __

事業所名
補助対象相談支援専門員の氏名

No.	担当利用者氏名 (児童氏名)	受給者番号	担当開始年月日 ^{※1}	市提出履歴 の有無 ^{※2}
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※1 担当開始年月日は補助事業着手日から1年を経過する日時点までのものとする。

※2 市提出履歴…本市に提出されたサービス等利用計画・児童支援利用計画書もしくはモニタリング報告書等で、担当者として補助対象相談支援専門員の氏名が確認できること。無しの場合は、別に対応記録等の提出が必要。