

記入見本

この申請書は、相談支援事業所の変更の場合だけでなく、更新の場合も提出が必要です。

計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

豊中市長 様
次のとおり届け出します。

届出年月日	令和5年4月1日
届出の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規(更新)
	<input type="checkbox"/> 変更

申請者 *利用者が18歳未満の場合は保護者名を記入してください。

フリガナ	トヨナカ タロウ	生年月日	昭和50年1月1日
氏名	豊中太郎	電話番号	00-0000-0000
居住地	〒561-0881 豊中市中桜塚3-1-1		

支給申請にかかる児童 *利用者が18歳未満の場合に記入してください。

フリガナ	トヨナカ イチロウ	続柄	子
氏名	豊中一郎	生年月日	平成25年1月1日

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した事業所名

フリガナ	〇〇ソウダンシエンジギョウシヨ		
事業所名	〇〇相談支援事業所	サービス等利用計画の作成を依頼する事業所名を記入。	
住所	〒561-0881 豊中市中桜塚3-1-1		
電話番号	00-0000-0000		

(変更の場合) *事業所を変更する場合に記入してください。

事業所を変更する理由			
相談支援事業所を変更する場合に記入。			
変更年月日	年	月	日
同意する場合は、「はい」にチェックを入れてください。			

以下の内容を確認し同意する場合は、「はい」に☑(チェック)をしてください。

上記の指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所に、計画相談支援・障害児相談支援を依頼することを届出します。 また、適切な計画相談支援・障害児相談支援のための基礎資料として、市が保管する障害支援区分認定時の医師の意見書、認定調査結果(概況調査票・認定調査票・特記事項)を当該事業者を提供することを依頼します。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
	<input type="checkbox"/> いいえ