

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書
兼計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

妙高市社会福祉事務所長 宛

次のとおり届け出及び申請します。

申請年月日 年 月 日

| | | | |
|----|----|---|----|
| 区分 | 新規 | ・ | 変更 |
|----|----|---|----|

| | | | | | | |
|---------------|-------|-------|------|---|---|---|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | 個人番号： | | | | |
| | 居住地 | 〒 妙高市 | | | | |
| | | 電話番号 | | | | |
| 申請に係る 児童氏名 | フリガナ | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 個人番号： | 続柄 | | | | |

| | |
|--|---|
| 計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名 | |
| フリガナ | |
| 事業所名 | |
| 住 所 | 〒 |
| 電話番号 | |

| | | | |
|--------|---|---------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ | | 申請者との関係 | |
| 氏 名 | | | |
| 住 所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |

| | | | |
|--|-------|----|--|
| 指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合のみ記載） | | | |
| 変更年月日 | 年 月 日 | 理由 | |

上記届出書の内容について、妙高市から上記指定特定相談支援事業所へ情報提供することに同意します。

申請者