

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

岩 出 市 長 様

年 月 日

次のとおり、指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業所に計画相談支援を依頼することを届け出ます。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	〒	電話番号		
フリガナ			生年月日	年 月 日
支給決定に係る 児童氏名			続柄	
受給者証番号				
計画相談支援・ 障害児相談支援 依頼（変更）する 事業者	事業者の 事業所名			
	事業者番号			
	事業所の 所在地	電話番号		
	事業者を 変更する場 合の事由等	(事業者を変更する場合のみ記入してください) 変更年月日（令和 年 月 日付）		

届出者	フリガナ		申請者との関係	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
	氏名			
	住所	〒	電話番号	

(注意)

- 1 この届出書は、計画相談支援を依頼する事業者が決まり次第、速やかに、岩出市社会福祉課へ提出してください。
- 2 計画相談支援を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、岩出市社会福祉課に提出してください。届出のない場合は、計画相談支援給付費を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。