

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書兼

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

令和 年 月 日

広陵町長 様

次のとおり申請（届出）します。

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障がい程度区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、広陵町から指定特定相談支援事業者、指定障がい児相談支援事業者、障がい福祉サービス事業者若しくは障がい者支援施設の関係人に提示することに同意します。

区分	新規 ・ 変更
----	---------

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	印		
	居 住 地	〒 6 3 5 - 広陵町 電話番号 0 7 4 5 ( )		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	障がい児氏名 (18歳未満の場合)		続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )

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	
事業所名	事業者番号
所在地	電話番号 ( )

※契約内容報告書を添付してください。

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（変更の場合に記載）
変更年月日 令和 年 月 日

申請提出者	<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	申請者との続柄
氏 名	印
住 所	電話番号 ( )