

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

加古川市長様

次のとおり申請し、届け出ます。

申請（届出）年月日 年 月 日

区分	新規(更新)・変更
----	-----------

申請者	フリガナ		生年月日	大正 昭和	年 月 日
	氏名	個人番号：		平成 令和	
	居住地	〒			電話番号
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	平成 令和	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	
所在地	

※契約事業所を変更される場合は、変更後の事業所に関する情報をご記入ください。

<変更申請（届出）時記入欄>

変更事項	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> モニタリング期間	
変更理由		
変更内容	変更前	
	変更後	
変更予定年月日		

<障害福祉サービス受給者証等の送付先に係る同意欄>

サービス等利用計画作成のために必要があるときは、障害福祉サービス等の受給者証等を、市から上記の「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」へ送付することに同意します。

申請（届出）者欄（署名又は捺印）：