

計画相談支援依頼(変更)届出書

区分
新規・変更

受給者証番号							
申請者	氏名						生年月日
	フリガナ						年 月 日
	居住地	〒					電話番号 ()
支給決定に 係る 児童	氏名				続柄	生年月日	
	フリガナ					年 月 日	
身体障害者 手帳番号			療育手帳番号			精神障害者保健 福祉手帳番号	
計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業者							
事業者の事業所名				事業所の所在地			
				電話番号 ()			
事業所を変更する場合の事由等 (事業所を変更する場合のみ記入してください)							
変更年月日 (年 月 日付)							
藤枝市長 様 上記の指定相談支援事業者にサービス利用計画の作成を依頼することを届出します。 年 月 日 住所 支給決定障害者等 氏名 電話番号 ()							

(注意)

- この届出書は、計画相談支援を依頼する事業所が決まり次第、速やかに藤枝市へ提出してください。
- 計画相談支援を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず藤枝市に提出してください。届出のない場合は、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。