

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

小田原市福祉事務所長 様

次のとおり届け出ます。

届出年月日 年 月 日

区分 ☐ 新規 ☐ 変更

(支給決定障害者等) 届出者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏 名			年	月	日
	居 住 地	〒				
			電 話			
	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						
	フリガナ					
	名 称					
	所 在 地	〒				
			電 話			

※受給者証番号は、すでに受給者証の交付を受けている場合にのみ記載してください。

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 年 月 日

届出書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に氏名等を記入してください。）
フリガナ	届 出 者 との関係
氏 名	
住 所	〒
	電 話

※処理欄

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------