

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

尾道市長様

次のとおり届け出ます。

利用者（児童が利用の場合は保護者）氏名、生年月日、住所、電話番号を記入		届出年月日	***年**月**日
		区分	新規・変更
申請者	フリガナ	オノノ タロウ	
	氏名	尾道 太郎	生年月日 ○○年 ○月○○日
	居住地	〒○○○-○○○○ 尾道市○○町○○○○番地	
		電話番号	0848-**-****
申請に係る児童氏名	フリガナ	児童の氏名、生年月日、続柄を記入 ※児童が利用する場合のみ記入	日
		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	○○○ケイカクダソエジギョウシヨ
事業所名	○○○計画相談支援事業所
所在地	〒○○○-○○○○ 尾道市○○町○○○○番地
	電話番号

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

※事業所変更の場合・計画相談を終了する場合記入
例) RO年O月から新しい事業所ができたため
RO年O月からケアプランへ移行のため

個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援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、受給者証の内容を、尾道市から上記の指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所に提示することに同意します。

申請者氏名	尾道 太郎
利用者（児童の場合は保護者）氏名を記入	