

サービス利用計画作成依頼(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							明・大・昭・平	
								年 月 日	
居住地	〒							電話番号 ( )	
支給決定に係る障がい児	氏名					続柄		生年月日	
	フリガナ							昭・平	
								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		
サービス利用計画作成を依頼(変更)する事業者									
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 (平成 年 月 日付)									
増毛町長 様  上記の指定相談支援事業者にサービス利用計画作成を依頼することを届出します。  年 月 日  住所 支給決定障がい者等 氏名  電話番号 ( )									

(注意)

- この届出書は、サービス利用計画作成を依頼する事業所が決まり次第に、速やかに増毛町へ提出してください。
- サービス利用計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更変更年月日を記入のうえ、必ず増毛町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。