

記入例

(障：様式第19号)

(児：様式第42号)

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

(あて先)

一宮市福祉事務所長

次のとおり申請します

相談支援事業所を変更する場合は変更には○をつける

対象障害者が

18歳以上の場合は対象障害者名

18歳未満の場合は、保護者名

申請年月日 年 月 日

区分 新規 変更

申請者	フリガナ	イチノミヤ タロウ	生年月日	昭和40年 1月 1日			
	氏名	一宮 太郎	個人番号				
	居住地	〒491-8501 一宮市本町二丁目5-6	電話番号	0586-28-9134			
申請に係る	フリガナ		生年月日	年 月 日			
			続柄				

対象障害者が18歳未満の場合は、対象障害児名を記入

サービス等利用計画案作成を依頼する相談支援事業所名を記入

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	シテイソウダンシエンジギョウシヨ〇〇〇〇
事業所名	指定相談支援事業所〇〇〇〇
住所	〒 - 一宮市 . . .
	電話番号 0586- -

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 令和 年 月 日