

計画相談支援・児童相談支援依頼（変更）届出書

区分
新規・変更

受給者証番号																						
申請者	フリガナ											生年月日	年 月 日									
	氏名											個人番号										
	居住地											電話番号 () —										
申請に係る児童氏名	フリガナ											生年月日	年 月 日									
												個人番号										
												続柄										

計画相談支援・児童相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定児童相談支援事業所	
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理由等 (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 日付け)
(宛先) 小金井市長 指定特定相談支援事業所・指定児童相談支援事業所に計画相談支援・児童相談支援を依頼することを届け出ます。 また、事業所が作成するサービス等利用計画・児童相談支援計画に基づき、障害福祉サービス・児童通所支援の支給を決定した場合は、その決定に係る障害福祉サービス受給者証・通所受給者証の写しを当該事業所に送付することに同意いたします。 年 月 日 居住地 支給決定者等 氏名 電話番号 () —

(注意)

- この届出書は、計画相談支援・児童相談支援を依頼する事業所が決まり次第速やかに小金井市へ提出してください。
- 計画相談支援・児童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上、必ず小金井市に提出してください。届出の無い場合は、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。