**計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書**

**兼　計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書**

　（あて先）　内灘町長

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所として、下記のとおり（変更）届出し、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費を申請します。

申請日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 昭和･平成　　　年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 平成・令和　　　年　　月　　日 |
| 支給決定に係る  児童氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | 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名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | 事業者番号 |  |
| 事業者名 |  |
| 所 在 地 | 〒　　　－  電話番号　　　－　　　－ |
| 事業者を変更（取消）する場合の理由等 | ※事業者を変更（取消）する場合のみ記入してください  変更年月日（令和　　年　　月　　日付） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書届出者 | * 申請者本人　　　　□申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　　－ | | |

|  |
| --- |
| 同　　意　　書  サービス等利用計画又は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の全部又は一部を、内灘町から指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設または指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。（自署の場合、押印不要）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 |

（注意）

　１　この届出書は、計画相談支援を依頼する事業者が決まり次第、速やかに、内灘町福祉課へ提出してください。

　２　計画相談支援を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、内灘町福祉課へ提出してください。