

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 ()	
支給決定に係る障害児	氏名		続柄
	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)			
<p style="text-align: right;">変更年月日 (平成 年 月 日付)</p>			
<p>(あて先) 登米市長</p> <p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>支給決定障害者等</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 ()</p>			

(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、速やかに登米市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、変更年月日を記入のうえ、必ず登米市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。