

次のとおり計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費を申請し、指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所・セルフプランについて届出します。

区分	新規・変更
----	-------

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	〒	電話番号	
フリガナ			生年月日	年 月 日
申請に係る 児童氏名				

計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名（いずれかに✓をしてください）	
事業所名	☐ (福)みつみ福祉会 生活サポートセンターとも ☐ (福)京都聴覚言語障害者福祉協会 福知山市障害者生活支援センター「青空」 ☐ (福)京都聴覚言語障害者福祉協会 福知山市聴覚言語障害センター ☐ (福)ふくちやま福祉会 地域生活支援センターふきのとう ☐ (福)福知山学園 障がい児・者地域・家庭相談支援センター【てくてく】 ☐ その他（ ）
住所	〒 (福知山市内の事業所の場合は記入不要) 電話番号

障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業所名（いずれかに✓をしてください）	
事業所名	☐ (福) 京都聴覚言語障害者福祉協会 福知山市聴覚言語障害センター ☐ (福) ふくちやま福祉会 地域生活支援センターふきのとう ☐ (福) 福知山学園 障がい児・者地域・家庭相談支援センター【てくてく】 ☐ 福知山市子ども発達支援相談ステーションくりのみ園 ☐ その他（ ）
住所	〒 （福知山市内の事業所の場合は記入不要） 電話番号

☐ セルフプランを作成します

作成者名	☐ 本人	☐ 本人以外（ ）
------	-----------------------------	-------------------------------------

變同年月日 令和 年 月 日