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 セルフプラン届出書

福知山市長 様

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。		

申請・届出年月日 令和 年 月 日 新規·変更 区分 フリガナ 生年月日 年 月 日 申 K. 名 個人番号: 請 ᆕ 者 居住地 電話番号 フリガナ 年 月 生年月日 日 申請に係る 個人番号: 児童氏名 続柄 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) (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 業 所 (福)ふくちやま福祉会 地域生活支援センターふきのとう П (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】 П その他(₹ (福知山市内の事業所の場合は記入不要) 住 所 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) (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 業 (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】 所 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((福知山市内の事業所の場合は記入不要) ₹ 住 所 雷話番号 *事業所は、指定番号順に並んでいます。 ロ セルフプランを作成します □本人以外(作成者名 口本人)

変更年月日 令和 年 月 日