（様式第１５号）

（児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援）契約内容（通所受給者証記載事項）報告書

年　　月　　日

〒090 - 8509

北見市大通西2丁目1番地
まちきた大通ビル4階
北見市長　様

事業者番号	
事業者及びその事業所の名称 代　表　者	

下記のとおり当事業者との契約内容（通所受給者証記載事項）について報告します。

記

報告対象者

受給者証番号			
通所給付決定保護者氏名		給付決定に係る児童氏名	

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の事業者記入欄の　番　号	支援の内容	契約支給量	契約日 （又は契約支給量を変更した日）	理　　由
				□１新規契約
				□２契約の変更
				□１新規契約
				□２契約の変更
				□１新規契約
				□２契約の変更
				□１新規契約
				□２契約の変更

既契約の契約支給量による支援提供を終了した報告

提供を終了する事業者記入欄の番号	提供終了日	提供終了月中の終了日までの既提供量	既契約の契約支給量での支援提供を終了する理由
			□１契約の終了
			□２契約の変更
			□１契約の終了
			□２契約の変更
			□１契約の終了
			□２契約の変更
			□１契約の終了
			□２契約の変更