

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

北見市長 様

次のとおり申請・届出します。

( 新規 ・ 更新 ・ 変更 )

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		個人番号	
	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(18歳未満)氏名	児童名		個人番号	
			続 柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
氏 名		申請者 との関係	
住 所	〒	電話番号	

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	
フリガナ	
事業所名	
住 所	〒
	電話番号
指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由 (変更の場合に記載)	

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、北見市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談相談支援事業者の関係人に提示すること、また、モニタリング期間の変更があった場合に、北見市から指定特定相談支援事業所に情報提供することに同意します。

申請者氏名

印