

年 月 日

計画相談支援・障害児相談支援 契約内容報告書

〒 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	印

下記のとおり、当指定特定相談支援事業者と計画相談支援対象障害者（保護者）との、
計画相談支援の利用契約について、報告いたします。

記

報告対象者

受給者証番号	
認定障害者 (保護者) 氏名	認定に係る 児 童 氏 名

契約締結の報告

契約期間始期	年 月 日
--------	-------

契約内容変更の報告

変更後の 契約期間始期	年 月 日	変更理由	
----------------	-------	------	--

契約終了の報告

契約期間終期	年 月 日	終了理由	
--------	-------	------	--