

計画相談支援契約届出書

										区分				
										新規・変更				
届出者	受給者証番号													
	氏名										生年月日			
	フリガナ													
											年 月 日			
居住地		〒												
										電話番号 ()				
支給決定に係る障害者等	氏名										続柄		生年月日	
	フリガナ													
													年 月 日	
身体障害者手帳番号				療育手帳番号				精神障害者保健福祉手帳番号						
計画相談支援に係る契約を締結した事業者														
事業者の事業所名						事業所の所在地								
						電話番号 ()								
事業所を変更する場合の事由等 (事業所を変更する場合のみ記入してください。)														
										変更年月日				
										(年 月 日)				
水戸市福祉事務所長 様														
上記の指定計画相談支援事業者と計画相談支援に係る契約を締結したことを届け出ます。														
年 月 日														
住所														
氏名														
										電話番号 ()				

- 注1 この届出書は、サービス等利用計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに水戸市障害福祉課に提出してください。
- 注2 サービス利用計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず水戸市障害福祉課に提出してください。届出のない場合は、サービス等利用計画の作成に要した費用を一旦全額負担していただくことがあります。