

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

(宛先)太子町長

次のとおり申請(届出)します。

申請年月日 令和 年 月 日

|           |      |   |      |  |
|-----------|------|---|------|--|
| 申請者       | フリガナ |   | 生年月日 |  |
|           | 氏名   |   |      |  |
|           | 個人番号 |   | 電話番号 |  |
|           | 居住地  | 〒 |      |  |
| フリガナ      |      |   | 生年月日 |  |
| 申請に係る児童氏名 |      |   |      |  |
| 個人番号      |      |   | 続柄   |  |

○依頼した相談支援事業所名

|      |  |                                                    |
|------|--|----------------------------------------------------|
| フリガナ |  | 町内指定特定相談支援事業所<br>町内指定障害児相談支援事業所                    |
| 事業所名 |  | ・相談支援事業所 あすかの家<br>TEL 079-275-2281<br>(太子町太田2330)  |
| 所在地  |  | ・相談支援事業所 あゆうと<br>TEL 079-276-7410<br>(太子町上太田923-1) |

○相談支援事業所を変更する理由及び変更前の事業所名 (※変更の場合のみ記入)

|       |          |          |  |
|-------|----------|----------|--|
| 変更理由  |          |          |  |
| 変更年月日 | 令和 年 月 日 | 変更前の事業所名 |  |

- ①本申請に係る決定に当たり、太子町が私の住民情報を住民票等により調査すること。  
②サービス利用計画等を作成するために必要があるときは、認定調査内容等を提示すること

以上について同意します。

本人(申請者)同意欄(署名(不可能な場合は押印))

|       |                                                                         |         |  |
|-------|-------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 書類提出者 | <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                                                                    |         |  |