

障害児相談支援依頼等届出書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市社会福祉事務局長

18歳以上の方は、利用者「本人名」で、
18歳未満の方は「保護者名」で記入
してください。

押印不要です。

区分 新規・**変更**

| | | | | |
|----------------|-----------|--|-------------|-------------|
| 届出者 | フリガナ | カナザワ タロウ | 生年月日 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | 氏名 | 金沢 太郎 | | |
| | 居住地 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 金沢市広坂1-1-1 アパート102号 電話番号076(220)2289 | | |
| フリガナ | カナザワ イチロウ | 生年月日 | 平成〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| 届出に係る 障害児氏名 | 金沢 一郎 | 続柄 | 子 | |

| | |
|---------------------------|---|
| 障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業所名 | |
| フリガナ | ソウダンシエンジギョウショ〇〇 |
| 事業所名 | 相談支援事業所〇〇 |
| 所在地 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 金沢市広坂1-1 電話番号076(〇〇〇)〇〇〇〇 |

| |
|--------------------------------------|
| 指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載してください。） |
| 〇〇〇〇〇のため |

変更年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日