

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所長

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。）

変更年月日 年 月 日