

計画相談支援・障害児相談支援変更（廃止）届出書兼モニタリング変更届出書

（宛先）鎌倉市長

次のとおり届け出します。

届出年月日 令和 年 月 日

受給者証番号										
申請者	フリガナ				生年月日	明治	大正	年	月	日
	氏名					昭和	平成			
	居住地	〒								
		電話番号								
フリガナ					生年月日	平成・令和		年	月	日
申請に係る 障害児氏名						続柄				

変更後の相談支援事業所名（廃止の場合は契約を解除した相談支援事業所名）	
フリガナ	
事業所名	
住所	〒
電話番号	

モニタリング期間変更	
変更前	変更後

※変更（廃止）する理由（必須）

変更（廃止）年月日 令和 年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 届出者本人 <input type="checkbox"/> 届出者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ			届出者 との関係
氏名			
住所	〒		
電話番号			

※相談支援専門員による計画相談支援・障害児相談支援を希望しない場合、セルフプランの提出が必要となります。

モニタリングの期間の変更があった場合は受給者証及び変更決定通知を申請者に送付します。