年　　月　　日

モニタリング期間変更申請書

中野区長　宛て

継続サービス利用支援・継続障害児利用援助について、下記のとおり変更を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 指定特定、指定一般指定障害児相談支援事業者名 | 連絡先　　（　　　　）　　　　　　　担当者名 |
| 障害福祉サービス受給者番号 |  | 地域相談支援受給者証番号 |  |
| 通所受給者証番号 |  |  |
| 変更に係る障害者（保護者氏名） |  | 変更に係る児童氏名 |  |
| 計画相談支援地域相談支援障害児相談支援支給期間 | 年　　　月　　　～　　　　　年　　　月 |
| 現在のモニタリング期間 |  |
| 変更後のモニタリング期間（期間変更適用開始希望月） | （　　　　　年　　月から変更希望　） |
| 変更理由 |  |

提出先

中野区健康福祉部障害福祉課　障害者支援係　電話０３－３２２８－８７０６（直通）