　　　　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）