

別紙

(サービス等利用計画・障害児支援利用計画) 担当事業所報告書

- ・担当する事業所が決まりましたら、下記の欄へ記入をお願いします。

事業所名	作成（予定）者	依頼日

○利用者確認欄

上記の事業所と契約することが決定しましたので、報告します。

利 用 者 住所：

利 用 者 氏名： 印

代筆者氏名 印

○依頼する事業所が決定し、上記の事業所記入欄に記載しましたら、利用者本人が申請時
にお持ちいただくか、計画を引き受けた事業所からFAX等での連絡をお願いします。

〈問い合わせ先〉

〒904-1292 金武町字金武1番地

金武町役場 保健福祉課 社会福祉係

TEL 098-968-3559

FAX 098-968-6275