

様式第 17 号（児細則第 27 条の 2 関係）

障害児相談支援変更届出書

（宛先）新潟市長

次のとおり届け出ます。

届出年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	郵便番号 — 電話番号		
フリガナ			生年月日	年 月 日
申 請 に 係 る 障 が い 児 氏 名				
			続柄	

障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業者名	
フリガナ	
事業者名	
住 所	郵便番号 — 電話番号

指定障害児相談支援事業者を変更する理由

変更年月日 年 月 日