

障害福祉サービス、障害児通所支援及び地域生活支援事業に係る書類の送付先指定届

令和      年      月      日

(あて先) 甲府市福祉事務所長

住      所 :  
事業所名 :  
届出人    氏      名 :  
電話番号 :  
受給者との関係 :

次のとおり、障害福祉サービス、障害児通所支援及び地域生活支援事業に係る書類の送付先を指定したいので届出します。

受 給 者	住      所	
	氏      名	
	生年月日	
指定送付先	住      所	〒      -
	事業所名 (氏名)	
	電話番号	
対 象 事 業	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス	
	<input type="checkbox"/> 障害児通所支援	
	<input type="checkbox"/> 地域生活支援事業 (日中一時支援事業・移動支援事業)	
対 象 書 類	<input type="checkbox"/> 受給者証のみ	
	<input type="checkbox"/> 申請書類のみ	
	<input type="checkbox"/> 上記の両方	
<input type="checkbox"/>	本届出について、受給者及び関係者の同意を得ています。	

(注) 届出人は、本人確認書類 (名刺等) の写しを添付してください。また、受給者との関係が分かる書類の写しをご提出いただく場合がございますのでご了承ください。

甲府市障がい福祉課	受付日	対応者	台帳入力
処 理 欄	令和    年    月    日		

※本書類は受給者本人のＣＦ内に綴ること。

## 記入例

障害福祉サービス、障害児通所支援及び地域生活支援事業に係る書類の送付先指定届

令和 8 年 〇 月 △ 日

(あて先) 甲府市福祉事務所長

住 所 : 甲府市丸の内〇-△-×

事業所名 : 〇〇居宅支援事業所

届出人 氏 名 : 甲府 太郎

電話番号 : 〇〇〇-△△△-××××

受給者との関係 : 利用事業所の職員

次のとおり、障害福祉サービス、障害児通所支援及び地域生活支援事業に係る書類の送付先を指定したいので届出します。

受 給 者	住 所	甲府市中央〇-△-×
	氏 名	山梨 花子
	生年月日	平成〇〇年△△月××日
指定送付先	住 所	〒400-0031 甲府市丸の内〇-△-×
	事業所名 (氏名)	〇〇居宅支援事業所
	電話番号	〇〇〇-△△△-××××
対 象 事 業	<input checked="" type="checkbox"/>	障害福祉サービス
	<input type="checkbox"/>	障害児通所支援
	<input type="checkbox"/>	地域生活支援事業 (日中一時支援事業・移動支援事業)
対 象 書 類	<input type="checkbox"/>	受給者証のみ
	<input type="checkbox"/>	申請書類のみ
	<input checked="" type="checkbox"/>	上記の両方
<input checked="" type="checkbox"/>	本届出について、受給者及び関係者の同意を得ています。	

(注) 届出人は、本人確認書類 (名刺等) の写しを添付してください。また、受給者との関係が分かる書類の写しをご提出いただく場合がございますのでご了承ください。

甲府市障がい福祉課	受付日	対応者	台帳入力
処 理 欄	令和 年 月 日		

※本書類は受給者本人のＣＦ内に綴ること。