（様式第９号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （一）   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 地域相談支援受給者証 | | | | 受給者証番号 | |  | | 地域相談支援給付決定障害者 | 居住地 |  | | フリガナ |  | | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | 障害種別 | | １　　２　　３ | | 交付年月日 | | 年　　月　　日 | | 支給市町村名及び　印 | | 中新川郡舟橋村 | | （二）   |  |  | | --- | --- | | 地域相談支援給付費の給付決定内容 | | | 地域相談支援の種類 |  | | 地域相談支援給付量等 |  | | 地域相談支援給付決定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | 地域相談支援の種類 |  | | 地域相談支援給付量等 |  | | 地域相談支援給付決定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | 予備欄 | | | （三）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 一般相談支援事業者記載欄 | | | | | 提供する地域相談支援の種類 | 事業者及びその事業所の名称 | 契約日  サービス提供終了日 | 事業者確認印 | |  |  | 契約日  　年　月　日 |  | | サービス提供終了日  　年　月　日 | |  |  | 契約日  　年　月　日 |  | | サービス提供終了日  　年　月　日 | | 予備欄 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （四）   |  |  | | --- | --- | | 計画相談支援給付費の支給内容 | | | 支給期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | 指定特定相談支援事業所名 | | | モニタリング期間 | | | 予備欄 | | |  | | |  |  |