定期通院先にかかる届出書

（宛先）東大阪市長

日中活動系サービスを行う事業所（通所先）から定期通院先に移動する際に移動支援事業を利用するため、つぎのとおり届出します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所（居住地） | 〒　　　－ |
| 連絡先 | （自宅・携帯）　　　　－　　　　　－ |
| 受給者（証）  番号 | 障害福祉サービス |  |
| 地域生活支援事業 |  |
| 通所先 | 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 | 〒　　　－ |
| 定期通院先 | 医療機関名称 |  |
| 医療機関所在地 | 〒　　　－ |
| 移動支援事業 | 契約事業所名 |  |
|  |
|  |

※上記の空白箇所をすべて記入してください。

※記入内容に不備がある場合、届出は無効です。

※記入内容に変更があった場合は、再度届出が必要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出書提出者（届出者が本人以外の場合は、ご記入ください。） | | | |
| 氏名 |  | 本人との関係 | * 親族または後見人 * サービス事業所（支援者）   事業所名（　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | （　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※審査欄（記入不要） | 入力日 | 令和　　年　　月　　日 | | 受付者 | 受付印 |
| 備考 |  | |  |  |
| 登録番号 |  |