

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	<input type="checkbox"/> 親族または後見人
連絡先	()		<input type="checkbox"/> サービス事業所(支援者) 事業所名()

※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		