

契約内容報告書（障害児相談支援）

受 付 印

受付者

年 月 日

〒 720 - 8501
福山市東桜町3番5号

福山市長 様

事業番号									
事業者及び その事業所の 代表者									

次のとおり、当事業者との契約内容について報告します。

記

報告対象者

受給者証番号										※計画案提出依頼を受けた者であって、受給者証番号がないものは省略。	
障害児相談支援 対象保護者名前										障害児相談支援 に係る児童名前	

契約締結による報告

契約年月日	
-------	--

既契約を終了した報告

契約終了年月日	
---------	--

代理受領の同意書

年 月 日

私は、上記の事業者から指定障害児相談支援を受けたことに係る障害児相談支援給付費について、事業者が代わって請求及び受領することに同意しました。

障害児相談支援 対象保護者	住 所		
	名 前		

印