

契約内容（障がい福祉サービス受給者証記載事項）報告書

令和 年 月

区保健福祉センター長 様

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者及びその事業所の名称 代表者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

下記のとおり当事業者との契約内容（障がい福祉サービス受給者証記載事項）について報告します。

記

報告対象者

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給決定障がい者（保護者）氏名 | | | | | | | | | | | 支給決定に係る障がい児氏名 | | | | | | | | | | |

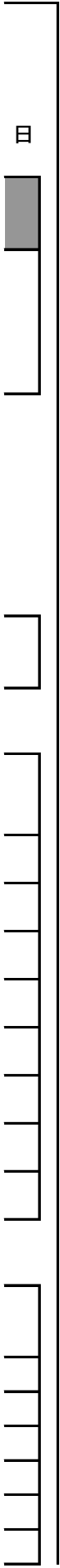
契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

| 受給者証の事業者記入欄の番号 | サービス内容 | 契約支給量 | 契約日 (又は契約支給量を変更した日) | 理由 |
|----------------|--------|-------|------------------------|----------------------------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

| 提供を終了する事業者記入欄の番号 | 提供終了日 | 提供終了月中の終了日までの既提供 | 既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由 |
|------------------|-------|------------------|----------------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 |
| | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 |
| | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 |
| | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 |
| | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |



3