

利 用 調 整 依 頼 書

年 月 日

堺市長 殿

堺市立重症心身障害者（児）支援センターの利用調整を依頼します。

申 請 者	フリガナ		住 所	
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
支給申請に係る障害児	フリガナ		続 柄	
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
利用する事業種別				
同意事項	<p>1 堺市立重症心身障害者（児）支援センターの利用調整を行うに当たり、堺市が堺市立重症心身障害者（児）支援センターの指定管理者に対して、申請者に関する下記資料の提供等を行うこと。</p> <p>① 本依頼書の写し</p> <p>② 各種調査票の写し</p> <p>ア 認定調査票の写し</p> <p>イ 概況調査票の写し</p> <p>③ その他市長が必要と認める書類の写し</p> <p>2 堺市立重症心身障害者（児）支援センターに欠員があった際に、堺市が利用調整を実施し、施設の利用が可能となるまでの間は、介護給付費又は障害児入所給付費の支給決定が行われないこと。</p> <p>3 申請者の状況に大きな変化が生じたとき及び堺市立重症心身障害者（児）支援センターの利用を希望しなくなったときは、その旨を速やかに連絡すること。</p>			

提 出 者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏 名			
住 所		電 話 番 号	