

平成 年 月 日

## 計画相談支援 契約内容報告書

江別市健康福祉部福祉課障がい福祉係 様

事業者番号									
事業者及び その事業所 の名称・ 代表者									

下記のとおり当指定特定相談支援事業者と計画相談支援対象障害者との計画相談支援の利用計画について報告いたします。

### 記

#### 報告対象者

受給者番号									
認定障害者名									

#### 契約締結の報告

契約期間始期	平成 年 月 日
--------	----------

#### 契約内容変更の報告

変更後の 契約期間始期	平成 年 月 日	変更理由	
----------------	----------	------	--

#### 契約終了の報告

契約期間終期	平成 年 月 日	終了理由	
--------	----------	------	--