（一）

地域相談支援受給者証

受給者証番号		
地域相談支援給付決定障害者	居住地	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
障害種別		
交付年月日		
支給市町村名及び印	１４２１３３ 大 和 市 障がい福祉課 神奈川県大和市 鶴間1-31-7 046-260-5665	

（二）

地域相談支援給付費の給付決定内容

地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	から　まで
地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	から　まで

予備欄

（三）

一般相談支援事業者記載欄

提供する地域相談支援の種類	事業者及びその事業所の名称	契約日 サービス提供終了日
		契約日 年　月　日
		サービス提供終了日 年　月　日
		契約日 年　月　日
		サービス提供終了日 年　月　日

予備欄

（四）

計画相談支援給付費の支給内容

支給期間	から　　まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

（五）

注意事項欄

１　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
２　指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。
３　給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、給付の再申請をしてください。
４　この証の一面の記載事項に変更があったときは、１４日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
５　給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
　また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、１４日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）に届け出てください。
６　この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。
７　受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
８　不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
９　給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。