様式第９号添付書類　現に当該指定障害児通所支援を受けている者について

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 現利用者氏名 | 保護者氏名 | 連絡先 | 受給者証番号 | 引き続き支援の提供を希望する旨の申出の有無 | 引き続き当該指定障害児通所支援に相当する支援の提供を希望する者に対し、必要な障害児通所支援を継続的に提供する他の指定障害児通所支援事業者の名称 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |  |  |
| １２ |  |  |  |  |  |  |
| １３ |  |  |  |  |  |  |
| １４ |  |  |  |  |  |  |
| １５ |  |  |  |  |  |  |
| １６ |  |  |  |  |  |  |
| １７ |  |  |  |  |  |  |
| １８ |  |  |  |  |  |  |
| １９ |  |  |  |  |  |  |
| ２０ |  |  |  |  |  |  |
| ２１ |  |  |  |  |  |  |
| ２２ |  |  |  |  |  |  |
| ２３ |  |  |  |  |  |  |
| ２４ |  |  |  |  |  |  |
| ２５ |  |  |  |  |  |  |

※適宜，欄を追加してください。