

様式第 2 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。