事業者宛

第　　　 号

年 月 日

認定調査依頼書

○○市（町村）長　印

**固定文言１**

その申請者について、障害支援区分の認定に必要な認定調査を依頼します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 申請者番号 |  | | | | |
| 手帳番号 | 身体障害者 手帳 |  | 療育  手帳 | |  | | | 精神障害者  保健福祉手帳 |  |
| 難病 |  | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | 生年月日 | | |  | | |
| 住所 | 〒 | | |  | | | 電話番号 | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （更新）申請日 |  |
| 認定調査票提出期限 |  |

**自由記載１**

**固定文言２**

（注意事項）

１　認定調査票は、所定の様式又はマークシートにより必ず期限までに提出してください。

２　期限までに調査を完了しない見込みであるときは、〇〇市（町村）障害支援課まであらかじめ報告のうえ、指示を受けてください。

３　この調査を第三者に再委託することはできません。

４　調査に関して知り得た秘密を第三者に漏らしてはなりません。

５　調査の実施にあたって問題が生じたときは、直ちに報告してください。

６　本市（町村）が必要であると認めた場合は、依頼の内容を変更又は中止することがあります。

７　上記のほか、本調査に関しては障害者総合支援法その他関係法令及び本市（町村）障害者総合支援条例

並びに委託契約に定めるところに従い実施してください。

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |