

指定障害児通所支援事業所  
指定障害児入所支援事業所  
指定障害児相談支援事業所  
障害者相談支援センター

} 各位

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課長  
川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室長

組織改正に伴う本市担当部署の変更について（通知）

日頃、本市障害福祉事業施策に御尽力を賜り、御礼を申し上げます。  
標記の件につきまして、平成27年4月1日付けで以下のとおり体制を変更いたしましたので、通知いたします。

○障害児通所・入所支援の運用及び障害児相談支援の請求

障害計画課給付係 TEL 044(200)2675

○障害児通所・入所支援及び障害児相談支援事業所の指定、指導、変更届等の届出

障害計画課指定・指導担当 TEL 044(200)2927

○障害児相談支援の運用

障害計画課地域支援・療育係 TEL 044(200)3796

※障害計画課のFAXは共通で、044(200)3932 です。

○障害者相談支援センター（委託事業に関すること）・地域自立支援協議会

地域包括ケア推進室地域リハビリテーション担当 TEL 044(200)3945

FAX 044(200)3926

なお、障害計画課に対する請求等の御質問につきましては、原則FAXで対応いたしますので、御不便をお掛けいたしますが御協力くださいますようお願いいたします。

〔障害計画課給付係  
地域包括ケア推進室地域リハビリテーション担当〕

# F A X 質 問 票

F A X 番 号   0 4 4 - 2 0 0 - 3 9 3 2

事業所名			
事業所番号		担当者氏名	
T E L		F A X	

○質問内容（請求に関する内容は、利用制度名、区番号、受給者番号、エラーコード（表示されている場合）と状況を御記載ください）

○回答

# F A X 質 問 票

F A X 番 号   0 4 4 - 2 0 0 - 3 9 3 2

事業所名	放課後等デイサービス事業所●×		
事業所番号	1 4 5 5 4 0 0 0 0 0	担当者氏名	西   多摩夫
T E L	0 4 4 - 0 0 0 - 0 0 0 0	F A X	0 4 4 - 0 0 0 - × × × ×

○質問内容（請求に関する内容は、利用制度名、区番号、受給者番号、エラーコード（表示されている場合）と状況を御記載ください）

制度：放課後等デイサービス

受給者番号：0 1 0 0 0 × × × × ×

請求年月：平成○年×月

提供年月：平成○年■月

エラーコード：E G 1 3

状況：簡易入力システムで支給決定情報を入力したところ、「当該サービスが支給決定期間外の受給者です」とメッセージが出たが、どのような状況か。

○回答

川崎市記載欄