

# 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

福智町長 黒土 孝司 殿

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

|     |               |                       |      |   |
|-----|---------------|-----------------------|------|---|
| 申請者 | フリガナ          |                       |      |   |
|     | 氏名            | (印)                   | 生年月日 | 明治 大正<br>昭和 平成                      年 月 日 |
|     | 居住地           | 〒 _____<br>電話番号 _____ |      |   |
|     | フリガナ          |                       | 生年月日 | 昭和 平成                      年 月 日          |
|     | 申請に係る<br>児童氏名 | 個人番号：                 | 続柄   |   |

|        |   |         |  |
|--------|---|---------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入） |         |  |
| フリガナ   |   |         |  |
| 氏名     | (印)   | 申請者との関係 |  |
| 住所     | 〒 _____<br>電話番号 _____   |         |  |