

## 障害児相談支援給付費支給申請書

さくら市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日                      年    月    日

申請者	フリガナ		生年月日	年   月   日
	氏 名		個 人 番 号	
	居 住 地	〒  電話番号		
	フリガナ		生年月日	年   月   日
申請に係る 児童氏名			続柄	
			個 人 番 号	

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		申請者 との関係	
氏 名			
住 所	〒  電話番号		

障害児相談支援依頼 (変更)届出書

さくら市福祉事務所長 様

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分	
----	--

申請書	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		個人番号	
	居住地	〒		
		電話番号		
フリガナ		生年月日	年 月 日	
申請に係る 児童氏名		続柄		
		個人番号		

計画相談支援・障害児相談支援依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住所	〒
電話番号	

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由 (変更の場合に記載)

変更年月日 年 月 日