

# 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

寝屋川市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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       | 〒 -<br>電話番号 ( ) |      |       |
|     | フリガナ      |                 | 生年月日 | 年 月 日 |
|     | 申請に係る児童氏名 | 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   |   | 申請者との関係 |  |  |
| 氏名     |   |         |  |  |
| 住所     | 〒 -<br>電話番号 ( )   |         |  |  |