

障害児相談支援給付費支給申請書

北上市長 様

障害児相談支援給付費を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年 月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名	個人番号： ⑩		
	居住地	〒 電話番号		
	フリガナ		生年 月日	昭和・平成 年 月 日
	申請に係る 児童氏名	個人番号： 続柄		

障害児相談支援を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

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）		
氏名		申請者との 関係	
住所	〒		