

様式第17号（第13条関係）

年 月 日

北上市長 様

計画相談支援給付費支給申請書

計画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	昭和・平成
	氏 名	個人番号：	月 日	年 月 日
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年	平成・令和
申請に係る			月 日	年 月 日
児童氏名		個人番号：	続柄	

計画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	☐ 申請者本人 ☐ 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		