

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

(あて先) 榛東村長

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	明治	昭和	令和
	氏名			大正	平成	
	個人番号				年	月
	居住地					
	電話番号	(自宅)	—	—		
		(携帯)	—	—	(本人・ ())	
フリガナ		生年月日	平成	年	月	日
申請に係る児童氏名			令和			
個人番号		申請者との続柄				
給付費の種類	利用する給付費に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」をつけてください。 (障害福祉サービスと障害児通所支援の両方のサービスを利用する場合は、「障害児相談支援給付費」に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」をつけてください。)					
	<input type="checkbox"/> 計画相談支援給付費 (障害福祉サービス又は地域相談支援を利用する場合)					
	<input type="checkbox"/> 障害児相談支援給付費 (障害児通所支援を利用する場合)					

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (以下の記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 申請者以外					
フリガナ		申請者との関係				
氏名						
住所						
電話番号		—	—			