

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

茨城県稲敷郡阿見町長 様

次のとおり、（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条第1項に規定する計画相談支援給付費、児童福祉法第24条の26第1項に規定する障害児相談支援給付費）の支給を申請します。

日付を記入する。

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	〒	電話番号			
フリガナ		・印字された氏名や住所などが正しいかご確認ください。 ※誤りがある場合には、二重線で訂正をお願いします。				
申請に係る障害児氏名						

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			

- ・申請者本人が記入する場合  
「申請者本人」欄にチェックのみで問題ありません。
- ・本人以外が記入する場合  
「申請者本人以外」にチェックを入れて、お名前、申請者との関係、住所、電話番号をご記入ください。