

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

阿賀野市福祉事務所長 様

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 | 年 月 日 |
|               | 氏名   | 個人番号：     |      |       |
|               | 居住地  | 〒<br>電話番号 |      |       |
| 申請に係る<br>児童氏名 | フリガナ |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|               | 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<br>との関係 |  |
| 氏名     |   |             |  |
| 住所     | 〒<br>電話番号   |             |  |