

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) 甲府市福祉事務所長

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条の17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。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	T/S/H/R 年 月 日			
	氏 名		個人番号				
	居住地	〒					
						電話番号	
フリガナ		生年月日	H/R 年 月 日				
申請に係る児童氏名		続柄					
		個人番号					

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）	
フリガナ		申 請 者 との関係
氏 名		
住 所	〒 	電話番号

現在利用している事業所 (計画相談支援事業所又は障害児相談支援事業所)	
今後利用する予定の事業所 (計画相談支援事業所又は障害児相談支援事業所)	