

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											
	<div style="display: flex; border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>													
	居 住 地	<div style="display: flex; border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>												
		電話番号												
申 請 に 係 る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	H/R 年 月 日										
			続柄											
			個 人 番 号											
			<div style="display: flex; border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>											

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	<div style="display: flex; border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>													
		電話番号												

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