

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

福島市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|---|---|---|--|
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 居住地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |
| 申請に係る 児童氏名 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | |