

障害児相談支援給付費支給申請書

鞍手町長 様
次のとおり、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 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			生年月日	年 月 日										
申請に係る 児 童 氏 名			続 柄											
			個 人 番 号											

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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			