

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

大崎町長 様

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 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										
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	