

障害児相談支援給付費支給申請書

つくばみらい市長 様

次のとおり、児童福祉法第24条の2第6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	<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	