様式第１５号（第14条関係）

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

赤磐市長　様

次のとおり申請します。

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 | | 個人番号： |
| 続　　柄 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　(　　　) | | |