

障害児通所支援事業等に加えて、障害児相談支援の支給決定を受けている場合は、本申請書もあわせて提出してください。

障害児相談支援給付費支給申請書

年 月 日

いわき市長 様

サービスを利用する児童本人ではなく保護者名を記載してください。必ずしも世帯主と一致させる必要はありません。

| | | | | |
|-----------|------|--|------|---------------|
| 申請者 | フリガナ | ウメモト タロウ | 生年月日 | 平成〇年〇月〇日 |
| | 氏名 | 梅本 太郎 | 個人番号 | (12桁の個人番号を記載) |
| | 居住地 | 〒970-8686 いわき市平字梅本21番地 電話番号 0246-22-7486 | | |
| | フリガナ | ウメモト イチロウ | 生年月日 | 令和〇年〇月〇日 |
| 申請に係る児童氏名 | 氏名 | 梅本 一郎 | 個人番号 | (12桁の個人番号を記載) |
| | | | 続柄 | 長男 |

| | | | |
|--------|---|---------|--|
| 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 | | |

実際の申請者が申請者欄に記載のものと異なる場合のみ記載してください。