

障害児相談支援給付費支給申請書

(あて先) 印西市長

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			