

障害児相談支援給付費支給申請書

印西市長 様
次のとおり、児童福祉法第24条の2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	☐ 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			