

計画相談支援給付費
障害児相談支援給付費 支給申請書

区 分	新 規 ・ 変 更
申請年月日	年 月 日

(兼 計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書)

福山市長様

次のとおり申請(届け出)します。

1 申請者 (利用者が18歳以上の場合は本人, 18歳未満の場合は保護者名を記入してください。)

ふりがな			個人番号			
名 前	※ 自署又は記名押印してください。 ㊟		生年月日	年	月	日()歳
住 所	〒 -					
	電話番号					
受給者証番号	障 害 福 祉 サ ー ビ ス 等	0000	障 害 児 通 所 給 付 費	0000	地 域 相 談 支 援 給 付 費	0000

2 申請に係る児童 (利用者が18歳未満の児童の場合のみ, 児童名を記入してください。)

ふりがな			個人番号			
名 前			生年月日	年	月	日()歳
			学校名等			

3 計画相談支援・障害児相談支援を依頼した事業所

ふりがな						
事業所名						
住 所	〒 -					
事業所番号				電 話 番 号		

4 事業所を変更する場合の事由等 (変更の場合に記入してください。)

変更理由					
変更年月日	年	月	日		

5 申請書提出者 (✓印をしてください。申請者本人以外の場合, 名前等を記入してください。)

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人				
	<input type="checkbox"/> 申請者本人以外	ふりがな			申請者との 関 係
		名 前			
	<input type="checkbox"/> 申請者本人以外	住 所	〒 -		
電話番号					