

障害児相談支援給付費支給申請書

田尻町長 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	保護者フリガナ	生年月日	○○年 ○月 ○日
	氏 名	保護者氏名 個人番号：マイナンバー		
	居 住 地	〒 保護者住所 電話番号 ○○○-○○○○-○○○○		
申請に係る 児童氏名	フリガナ	サービス利用児童フリガナ	生年月日	○○年 ○月 ○日
	氏 名	サービス利用児童氏名 個人番号：マイナンバー	続柄	保護者との関係

申請書提出者	<input checked="" 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		