様式第１４号（第１４条関係）

|  |
| --- |
| 障害児相談支援給付費支給申請書年　　月　　日　　矢吹町長　様　次のとおり申請します。 |
| 　 | 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 | 個人番号： |
| 続柄 | 　 |
|

|  |
| --- |
| 障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業所名 |
| フリガナ |  |
| 事業所名 |  |
| 住　　所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　 |

 |
| 　 | 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　　　　　　　　　　 |
|  |