計画相談支援給付費等支給申請書

（あて先）札幌市　　　区保健福祉部長

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　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 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続　柄 |  |
| 受給者証番号 |  |
| 給付費の種類 | 利用する給付費に「レ」をつけてください。（障害福祉サービスと障害児通所支援の両方のサービスを利用する場合は、「障害児相談支援給付費」に「レ」をつけてください。）* 計画相談支援給付費（障害福祉サービス又は地域相談支援を利用する場合）
* 障害児相談支援給付費（障害児通所支援を利用する場合）
 |

　届出者（※申請者と同一の場合は記入不要です。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届　出　者 | フリガナ |  | 申請者との関係 | 　□　代理人　□　代行人 |
| 氏　名 |  |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。