

様式第 15 号(第 10 条関係)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

一関市福祉事務所長 様

次のとおり、(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 51 条の 17 第 1 項に規定する計画相談支援給付費、児童福祉法第 24 条の 26 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				
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
			続柄			
			個人番号			

申請書提出者	<input 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			