|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 様式第15号（第15条関係） |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 障害児相談支援給付費支給申請書 |  |
| 貝塚市長　様 |
|  |  |  |  |
| 次のとおり申請します。 |  |
|  年 月 日 |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |  | 生年月日 | 　 年 月 日 |
| 居住地 | 〒 |  |
|  |
|  | 電話番号 |  |
| フリガナ |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給申請に係る児童氏名 |  | 生年月日 | 　 年 月 日 |
| 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　事業所番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　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） |
| 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | 〒 |  |
|  |
|  | 電話番号 |  |