

障害児相談支援給付費支給申請書

大崎町長 東 靖弘 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | |
|-----------|------|-------------|------|--|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | |
| | 氏名 | 印 | | |
| | 居住地 | 個人番号： 〒 | | |
| | | 電話番号 | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | |
| 申請に係る児童氏名 | | | | |
| | | 個人番号： 続柄 | | |

| | | | | |
|--------|---|---------|--|--|
| 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 | 印 | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| | 電話番号 | | | |