

障害児相談支援給付費支給申請書

(宛先)新潟市長

次のとおり申請します。

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	郵便番号		
		電話番号		
申請に係る 障がい児氏名	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(下の欄も記入してください。)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	郵便番号		
電話番号			

障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業者名	
フリガナ	
事業者名	
住所	郵便番号
電話番号	

備考 該当する□にレ印を記入してください。