

様式第 1 5 号

障害児相談支援給付費支給申請書

(宛先)箕面市長

次のとおり、児童福祉法第 2 4 条の 2 6 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		
	氏 名		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	