様式第15号

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

日田市福祉事務所長 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		
フリガナ			生年月日	年　月　日
申請に係る児童氏名			続柄	
			個人番号	

申請書提出者	□申請者本人　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏　名			
住　所	〒 電話番号		