

様式第22号（第15条関係）

障害児相談支援給付費・特例障害児相談支援給付費支給申請書

（宛先）池田市長

申請書を提出する日付を記入してください

次のとおり申請します。

		申請年月日		令和7年11月1日	
申請者	フリガナ	イケダ フク		個人番号	
	氏名	池田 福		生年月日	昭和60年1月1日
	居住地	〒563-8666 池田市城南1-1-1		電話番号	
		フリガナ	イケダ フクマル	個人番号	
申請に係る児童氏名		池田 福丸	生年月日	平成29年3月1日	
			続柄		

※マイナンバーに変更があった場合のみお書きください。

		新規・変更 届出年月日		年 月 日	
障害児相談支援・特例障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業所					
フリガナ					
事業所名		相談支援センター〇〇			
所在地		〒			
指定障害児相談支援事業所		現在利用している事業所名をご記入ください。 所在地などのご記入は不要です。			

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	イケダ フクコ	申請者との関係	妻
氏名	池田 福子		
住所	〒 申請者と同じ		
	電話番号		

申請書以外の方が申請書を提出する場合は、記入例を参考にご記入ください。
上記申請者本人が申請書を提出する場合は「☐申請者本人」に☒を入れて下さい。