

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

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		個人番号						
	氏 名		生年月日	年 月 日					
	居 住 地	〒							
		電話番号							
フリガナ			個人番号						
申請に係る 児 童 氏 名			生年月日	年 月 日					
			続 柄						

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							
所 在 地	〒						
電話番号							
指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記入）							

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			