様式第１９号（第１０条第１項関係）

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

　草津市福祉事務所長　宛

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 | 昭和５０年１月１日 |
| 氏名  （個人番号） |  |
| 居住地 | 電話番号 | | |
| フリガナ | |  | 生年月日 |  |
| 申請に係る  児童氏名  （個人番号） | |  |
| 続柄 |  |
|  | |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |