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　　　　　　　 |