

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		