障害児相談支援給付費支給申請書

年　　月　　日

　　　（宛先）旭川市長

　　障害児相談支援給付費の支給を受けたいので，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 印（個人番号：　　　　　　　　　　） |
| 居住地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| ふりがな |  | 続柄 |  |
| 申 請 に 係 る児童氏名 | （個人番号：　　　　　　　　　　） | 生年月日 | 年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請本人以外（次の欄に記入してください。） |
| ふりがな |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |