様式第22号（第17条関係）

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

年　　月　　日

美幌町長　　　　　　　様

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏 　　名個 人 番 号 | 　　　　　　　　　　　　　  | 　　年　　月　　日　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| フリガナ |  | 生 年 月 日 | 続　柄 |
| 申請に係る児童氏名個人番号 |  | 　　　年　　月　　日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

(注)１．字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。署名により、記名押印を

省略することができます。