様式第24号（第20条関係）（用紙　日本工業規格Ａ４縦型）

障害児相談支援給付費支給申請書

　年　月　日

　伊豆の国市福祉事務所長　宛

　　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年  月日 | | | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 居　住　地 | 〒  電話番号 | | | | |
| フリガナ | |  | | 続柄 |  | |
| 申請に係る  児童氏名 | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 個人番号 | |  | |

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