

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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		