様式第17号

障害児相談支援給付費支給申請書

木城町長　様

次のとおり、児童福祉法第２４条の２６第１項に規定する障害児相談支援給付費の支給を申請します。

申請年月日　　年　月　日

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			生年月日	年　月　日
申請に係る児童氏名			続柄	
			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		