

様式第 18 号(第 12 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

高石市福祉事務所長 宛

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

受給者証番号																	
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
認定申請に係る 障 害 児 氏 名	個人番号												続柄				

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	