様式第17号（第11条関係）

障害児相談支援給付費支給申請書

十和田市福祉事務所長　　様

次のとおり申請します。

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 | | 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 | | |