

様式第 8 号（第 2 0 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

小田原市福祉事務所長 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：									年	月	日			
	居 住 地	〒								電 話						
フリガナ										生年月日	年			月	日	
申請決定に係る児童氏名		個人番号：								続 柄						
受給者証番号																

※受給者証番号は、すでに受給者証の交付を受けている場合にのみ記載してください。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に氏名等を記入してください。）														
フリガナ									申請者との関係						
氏 名															
住 所	〒														
										電 話					

※処理欄 以上のとおり申請があったため、別紙のとおり決定してよろしいか。

起案日	年	月	日	施行日	年	月	日	課 長	副課長	係長	係長	係長	係 員	担 当
	決裁日	年	月		日	送付日	年							