

障害児相談支援給付費支給申請書

年 月 日

(宛先) 金沢市社会福祉事務所長

児童福祉法に規定する障害児相談支援給付費の支給を受けたいので、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											生 年 月 日	年 月 日
支給申請に係 る児童氏名	個人番号：												
												続柄	

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： - -		

備考 該当する□の中にレ印を付けてください。

※市記入欄

確 認 欄	番号 確認	番号カード ・ 通知カード ・ 住民票 ・ 端末 ・ その他 ( )	代理権 確認	法定・委任状・本人発行
	本人 確認	番号カード ・ 運転免許証 ・ 障害者手帳 ・ 旅券 ・ 保険証 (国保・後期高齢・介護) ・ 学生証 ・ その他 ( )		