

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書
兼 計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

粕屋町長 様

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所として、下記のとおり(変更)届出し、
計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費を申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名	印				
	居住地	〒				
		電話番号				
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
			続柄			

【以下にチェックを入れてください】

- 当申請書に対する支給(却下)通知に記載する申請者氏名は、介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 及び 障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書の申請者氏名に統一することに同意します。

新規・変更 届出年月日 年 月 日

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
事業所番号	
フリガナ	
事業所名	印
住所	〒
電話番号	
指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由(変更の場合に記載)	

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			