

記入見本

児童相談支援給付費支給申請書兼児童相談支援依頼

大和市長あて

次のとおり支給申請し、届出します。

本人氏名等を記入してください。

黒塗り部分をご記入の上、相談支援事業所、
すくすく子育て課窓口にお持ちください。

区分	新規・変更
----	-------

届出者	フリガナ	ヤマト コタロウ	生年月日	平成23年12月7日
	氏名	大和 子太郎		
	個人番号	<input type="text"/>		
【18歳以上の場合、本人の氏名を記入】				
居住地	〒242-0001 大和市鶴間1-31-7		電話番号 046 (260) 5673	
フリガナ			生年月日	年 月 日
支給申請に係る 児童氏名			続柄	
		個人番号	<input type="text"/>	

児童相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業所	
事業所名	事業所の所在地
事業所を変更する場合の事由等（事業所を変更する場合のみ記入）	
変更年月日 (平成 年 月 日付)	

記入見本なので、別添申請書に
ご記入願います。

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 届出者本人 <input type="checkbox"/> 届出者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		届出者との関係	
住所	〒 電話番号 ()		
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ住所			

起案日	・ ・	決裁	担当	係長/主幹	課長
決裁日	・ ・				
施行日	・ ・				
送付日	・ ・		上記及び裏面のとおりに申請がありましたので、別紙のとおりに決定してよいでしょうか。		

<input type="checkbox"/> 本人申請
<input type="checkbox"/> 個人番号確認
<input type="checkbox"/> 身元確認 (<input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 2点)
<input type="checkbox"/> 代理人申請
<input type="checkbox"/> 代理権確認
<input type="checkbox"/> 利用者の個人番号確認
<input type="checkbox"/> 代理人の身元確認 (<input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 2点)
<input type="checkbox"/> 補記