

児童相談支援給付費支給申請書兼児童

記入見本

大和市長 へ

次のとおり支給申請し、届出します。

年 月 日

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。

変更

届出者	フリガナ	ヤマト シンタロウ	生年月日	昭和 45年 6月 18日
	氏名	大和 親太郎		
	個人番号	[18歳以上の場合、本人の氏名を記入]		
居住地	〒242-0001 大和市鶴岡1-31-7		電話番号 046 (260) 5673	
支給申請に係る 児童氏名	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	続柄		

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）	
ご記入願います。	
変更年月日	（平成 年 月 日付）

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