**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依頼（変更）届**

総社市長　様

　次のとおり申請（届出）します。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分 | 新　規　・　変　更 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| **申請に係る**  **児童氏名** | |  |
| **続柄** |  |
| **児童個人番号** | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | |
| フリガナ |  |
| 事業所名 |  |
| 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） | |
| 変更年月日　令和　　　年　　　月　　　日 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □　申請者本人　□　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（　　　　）　　　－ | | |