

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

鳥 取 市 長 様

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者(保護者)	フリガナ		受給者証番号 (下5ケタ)	10000 (新規申請の場合は記載不要です)
	氏名	個人番号: - -	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成
	居住地	〒 - 電話番号: - -		
	フリガナ		受給者証番号 (下5ケタ)	20000 (新規申請の場合は記載不要です)
支給申請に係る児童氏名		個人番号: - -	生年月日	平成 令和 年 月 日
			続柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者(保護者) <input type="checkbox"/> 申請者(保護者)以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者 (保護者) との関係	
氏名			
住所	〒 - 電話番号: - -		

※以下、障がい福祉課処理欄

自立支援係長 兼身障福祉司	知障福祉司	係

入力 ㊦

- ・新規
- ・継続更新
- ・変更

- モニタリング期間
- ・毎月(開始月: 月)
  - ・3ヶ月毎(開始月: 月)
  - ・半年毎(開始月: 月)
  - ・当初3ヶ月毎月のち3ヶ月毎(開始月: 月)
  - ・当初3ヶ月毎月のち半年毎(開始月: 月)
  - ・その他 [                      ] (開始月: 月)