

障害児相談支援給付費支給申請書  
兼障害児相談支援依頼（変更）届

須賀川市長

次のとおり申請（届出）します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名			
	居住地	〒		
	フリガナ		生年月日	平成 令和 年 月 日
申請に係る 児童氏名			続柄	

障害児相談支援を依頼した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	<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	