（様式第１７号）

障がい児相談支援給付費支給申請書

和泉市長　　あて

次のとおり申請します。

　申請年月日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　日 |
| 氏名 | (申請者が自署しない場合は、記名押印してください。)  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 | | 個人番号： |
| 続　柄 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |