様式第25号(第20条関係)

**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**

会津美里町長

次のとおり申請(届出)します。

申請（届出）年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 |  |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用児童 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 |  |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請代行者 | 区　　分 | □申請者本人　□申請者本人以外（本人以外の場合下記の欄に記入） | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | 申請者  との関係 |  |
| 住　　所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　　　　　年　　　月　　　日