

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付支給申請書
兼 計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

(宛先)寒川町長

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所として、下記のとおり(変更)届出し、計画相談支援
支給給付費・障害児相談支援給付費を申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	
	氏名		個人番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ		生年月日		
申請に係る 児童氏名		続柄		
		個人番号		

新規・変更 届出年月日 令和 年 月 日

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)	

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		