

記入例

(障・様式第19号)

(児・様式第41号)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

(あて先)

一宮市福祉事務所長

対象障害者が

18歳以上の場合は対象障害者名

18歳未満の場合は、保護者名

を記入

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ	イチノミヤ タロウ	生年月日	昭和40年 1月 1日											
	氏名	一宮 太郎	個人番号												
	居住地	〒491-8501 一宮市本町二丁目5-6													
		電話番号 0586-28-9134													
申請に係る	フリガナ		生年月日	年 月 日											
			続柄												
			個人番号												

対象障害者が18歳未満の場合は、対象障害児名を記入

申請書を提出する方の氏名を記入

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	イチノミヤ ハナコ	申請者との関係	母
氏名	一宮 花子		
住所	〒491-8501 一宮市本町二丁目5-6		
	電話番号 0586-28-9134		