様式第21号(第12条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害児相談支援給付費支給申請書  　三郷市長あて  　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 |  | |  |
| 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 | | 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 | | 個人番号： |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | |
|  | | | | | | | |

様式第7号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害児相談支援依頼(変更)届出書  　三郷市長あて  　次のとおり届け出ます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | | | | 区分 | 新規　・　変更 |  |
|  | | | | | | |
|  | 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 |  |  |
| 氏名 |  |
| 居住地 | 〒  電話番号 | | |
| フリガナ | |  | 生年月日 |  |
| 届出に係る児童氏名 | |  |
| 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 | | | | |  |
| 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(変更する場合に記載) | | | | |  |
|  | | | | |
| 変更年月日　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | |