

申請者欄には世帯主（保護者）の方の氏名をご記入ください。  
 児童相談支援給付費支給申請書  
 とお申し込みします。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ	フナバシ タロウ	生年月日	昭和・平成55年1月1日
	氏名	船橋 太郎		
居住地	フリガナ	フナバシ ジロウ	電話番号	047-436-2342 ○○○-○○○○-○○○○ (母携帯)
	氏名	船橋 次郎		
申請に係る児童氏名	フリガナ	フナバシ ジロウ	続柄	子
	氏名	船橋 次郎	生年月日	平成・令和26年1月10日
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○		

申請者及び児童の個人番号を記載した上でご提出ください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外( )
フリガナ	フナバシ ハナコ
氏名	船橋 花子
住所	船橋市湊町2-10-25 電話番号 047-436-2342
申請者との関係	妻

申請者欄には世帯主（保護者）の方の氏名をご記入ください。  
 障害児相談支援依頼（変更）届出書  
 面作成を事業所に依頼し、又は事業所を変更するので、

変更がなくても必ず上下両方の様式にご記入ください。

届け出ます。

届出年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	フナバシ タロウ	生年月日	昭和・平成55年1月1日
	氏名	船橋 太郎		
居住地	フリガナ	フナバシ ジロウ	生年月日	平成・令和26年1月10日
	氏名	船橋 次郎		
申請に係る児童氏名	フリガナ	フナバシ ジロウ	続柄	子
	氏名	船橋 次郎		
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○		

障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	ソウダンシエンジギョウショ ○○○
事業所名	相談支援事業所 ○○○
住所	船橋市本町9-9-9 電話番号 047-999-9999

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	