

計画相談支援給付費支給申請書

（宛先）春日井市長

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	年 月 日		
	氏名		個人番号			
	居住地	〒 電話番号				
	フリガナ		続柄		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る児童氏名		個人番号			

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				

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、春日井市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

また、この申請に関する審査に必要な範囲で世帯及び所得に関する公簿の閲覧を承諾します。

（氏名）