

障害児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 |
|     | 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  |         |  |  |  |

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）