別記第１号様式の20（第１条の11関係）

（第１条の11関係）

障害児相談支援給付費支給申請書

砂川市福祉事務所長　　様

　　年　　月　　日

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | ふりがな |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| ふりがな |  | 続　　柄 |  |
| 申請に係る児童氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　　　　　□申請者本人以外（下の欄に記入） |
| ふりがな |  | 申請者との関係 |  |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |