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 | | |