

(宛先)茅ヶ崎市長

申請者氏名 茅ヶ崎 太郎

次のとおり計画相談支援給付費の支給を申請します。

申請者	居住地 及び連絡先	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1		
	生年月日	S30年 1月 1日	電話番号	0467-82-1111
障害児	ふりがな 氏名	申請者との続柄		
	生年月日	年 月 日	個人番号	

備考 「障害児」の欄は、申請者が障害児の保護者である場合に当該申請に係る障害児について記入してください。