

第11号様式(第21条関係)

障害児相談支援給付費支給申請書

年 月 日				
(宛先)茅ヶ崎市長				
申請者氏名				
次のとおり障害児相談支援給付費の支給を申請します。				
申請者	ふりがな 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	居 住 地 及び連絡先	電話番号		
	個 人 番 号			
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 通所受給者証を添付してください。