

**計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書
兼 計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書**

柳川市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏名	印		個人番号：	
	居住地	〒		電話番号	
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	平成・令和	年 月 日
	氏名	個人番号：	続柄		

※氏名自署の場合は押印不要

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	
住所	〒		電話番号

※以下は相談支援事業所を新規で依頼する方、又は変更する方のみ記載してください。

区分	新規・変更
計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住所	〒
	電話番号

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

変更年月日 令和 年 月 日