

障害児相談支援給付費支給申請書

播磨町長 様

次のとおり申請します。

印字されている箇所に誤りがないか
ご確認のうえ、次の箇所をご記入ください。
①個人番号（申請者及び児童）
②電話番号
③申請者との続柄（児童続柄欄）

年 月 日

申請者	フリガナ	ハリマ タロウ	生年月日	大正 昭和 平成 令和 ○○年○月○日
	氏名	播磨 太郎 個人番号：○○○○○○○○○○		
	居住地	〒675-0182 加古郡播磨町東本荘1丁目5番30号 電話番号 079-435-2362		
申請に係る児童氏名	フリガナ	ハリマ イチロウ	生年月日	平成 ○○年○月○日
	氏名	播磨 一郎 個人番号：○○○○○○○○○○		

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	
氏名	申請書提出者をご記入ください。 申請者本人の場合、氏名・住所等の記入は不要です。		
住所	〒		電話番号