

計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費支給申請書 兼 依頼（変更）届出書

倉敷市長あて

次のとおり申請（届出）します。

申請年月日 令和 年 月 日

区分	新規・更新・変更
----	----------

1. 申請者（対象者）について

申請者	フリガナ		生年月日	大正 昭和			
	氏名			平成 令和	年	月	日
	居住地	〒 電話（ ） —					
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	平成・令和	年	月	日
			続柄				

2. 相談支援事業所について

計画相談支援・障がい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（ ） —
指定特定相談支援事業所・指定障がい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	

※ 受給者証の送付方法について、申請者宛て以外の場所への送付を希望される場合は次のいずれかにチェックをしてください。

受給者証は、相談支援事業所宛てに送付してください。

受給者証は、（ ）宛てに送付してください。

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	
氏名			
住所	〒 電話（ ） —		

※添付資料 相談支援事業所が作成した「サービス等利用計画案」