

**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**

（宛先）木津川市福祉事務所長

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所として、下記のとおり（変更）届出し、
計画相談支援支給給付費・障害児相談支援給付費を申請します。

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 年 月 日 昭和 平成
	氏 名			
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
				続柄

新規・変更 届出年月日 令和 年 月 日

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）				

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	〒			
	電話番号			