**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**

美郷町長　　様

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 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 個人番号 |  |
| 居住地 | 〒  電話番号 | | |
| フリガナ | |  | 生年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 |
| 申請に係る  児童氏名 | |  |
| 個人番号 |  |
| 続　柄 |  |

【　新規　・　変更　】※いずれかに○

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□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 | | |