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

計画相談支援・障がい児相談支援依頼(変更)届出書

　(宛先)福岡市児童相談所長

　　　　(又は福岡市　　区長)

　　　　(又は福岡市長)

　次のとおり申請します。

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請に係る児童氏名 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 続柄 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 区分 | 新規・変更 |

|  |
| --- |
| 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・指定障がい児相談支援事業所名 |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　　　　　　　年　　　月　　　日