

様式第 20 号（第 17 条関係）

障がい児相談支援給付費支給申請書兼障がい児相談支援依頼（変更）届出書

会津坂下町長

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

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

障がい児相談支援を依頼した指定障がい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