

様式第 2 0 号（第 1 7 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 令和 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	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	昭和・平成	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 令和 年 月 日