

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

茨城県つくば市長 様

次のとおり、（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 51 条の 17 第 1 項に規定する計画相談支援給付費、児童福祉法第 24 条の 26 第 1 項に規定する障害児相談支援給付費）の支給を申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	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 障害児氏名		続柄										
		個 人 番 号										

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 書 との 関 係	
氏 名			
住 所	〒		
		電話番号	

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

茨城県つくば市長 様

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・継続・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	〒										
		電話番号										
フリガナ			生年月日	年 月 日								
申請に係る 障害児氏名			続柄									
			個 人 番 号									

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