

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書
計画相談支援・障害児相談支援依頼（新規）届出書

横手市長様

次のとおり申請します。また、次のとおり計画相談支援を届け出します。

申請（届出）年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	大正 昭和	年 月 日
	氏名	個人番号：		平成 令和	
	居住地	〒		電話番号	
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	平成・令和	年 月 日
	氏名	個人番号：	続柄		

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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
----	----

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	
※市（事業所） 記載欄	利用開始又は支給決定開始 （予定）日	令和 年 月 日	確 認	