（様式第１７号）

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	昭和・平成　　年　　月　　日
	氏　　名	㊞ 個人番号：		
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	平成・令和　　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

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	