

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

美郷町長 様

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所として、下記のとおり（変更）届出し、計画相談支援支給給付費・障害児相談支援給付費を申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名		個人番号	
	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
			個人番号	
			続柄	

【 新規 ・ 変更 】※いずれかに○

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	

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		