

第13号様式の3(第10条の2関係)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

草加市長 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	ソウカ イチロウ	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	草加 一郎 個人番号：123456789123		
申請に係る障害児氏名	フリガナ	ソウカ タロウ	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	草加 太郎 個人番号：012345678901		
居住地	〒340-8550 草加市高砂1-1-1		①048-922-□□□□ 日中連絡のつく ② 電話・FAX番号 ③	
申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)			
フリガナ	ソウカ ハナコ	申請者との関係	妻	
氏名	草加 花子			
住所	〒340-8550 草加市高砂1-1-1 電話・FAX番号〇〇〇-1234-5678 (母)			

第13号様式の4(第10条の2関係)

計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)

草加市長 あて
次のとおり届出ます。

相談支援事業所の変更がなくても、必ず上下両方の様式にご記入ください。

区分	増・変更
----	------

申請者	フリガナ	ソウカ イチロウ	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	草加 一郎		
申請に係る障害児氏名	フリガナ	ソウカ タロウ	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	草加 太郎		
居住地	〒340-8550 草加市高砂1-1-1		電話・FAX番号048-922-□□□□	
住所	〒340-0016 草加市中央1-1-8 電話・FAX番号048-922-△△△△			

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	〇〇ソウダンシエンジギョウシヨ			
事業所名	〇〇相談支援事業所 *相談支援事業所一覧を参考にご記入ください			
住所	〒340-0016 草加市中央1-1-8 電話・FAX番号048-922-△△△△			

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
-------	----------