（表面）※相談支援事業所を新規利用、または変更する方は裏面も記入してください。

（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

小山市長　　様

次のとおり申請します。

申請年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者（保 護 者） | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 居住地 | 〒  電話番号 | | |
| フリガナ | |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　日 |
| 申請に係る  児童氏名 | |  |
| 続柄 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者(保護者)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 | | |

（裏面）※表面も記入してください。

（様式第１８号）

**計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書**

小山市長　　様

次のとおり届け出します。

届出年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 新規・変更 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者(保護者) | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 居住地 | 〒  電話番号 | | |
| フリガナ | |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請に係る  児童氏名 | |  |
| 続柄 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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  番　号 |  |
| 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　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日