

計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費支給申請書
兼
計画相談支援・障がい児相談支援依頼（変更）届出書

（あて先）八尾市福祉事務所長
次のとおり届け出します。

新規／変更（変更年月日： 年 月 日）／更新

提出年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	大正 平成	昭和 令和	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	
	氏名	個人番号：						
	居住地	〒						
		電話番号						

計画相談支援・障がい児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障がい児相談支援事業所名								
フリガナ								
事業所名	事業所番号							
住所	〒	電話番号						

指定特定相談支援事業所・指定障がい児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）								

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）							
氏名					申請者との関係			
住所	〒	電話番号						