

見本

障害児相談支援給付費・特例障害児相談支援給付費支給申請書

（申請先）茨木市長

印字内容をご確認いただき、訂正があれば二重取消線（＝）の上、訂正内容を記入してください。  
※18歳以上の方は本人名での申請となります。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	申請者の12桁の個人番号（マイナンバー）を記入してください。		
	氏名	個人番号：	生年月日	年 月 日
	居住地	〒 茨木市	日中連絡のつく番号を記入してください。	
			電話番号	
	フリガナ	児童の12桁の個人番号（マイナンバー）を記入してください。		
支給申請に係る児童氏名		個人番号：	続柄	子

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入してください。）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	電話番号		

※申請の際は、通所受給者証を添付してください。