第14号様式（第10条関係）

障害児相談支援給付費支給申請書

　　年　　月　　日

　箱根町長　様

　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （通所給付決定保護者）申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 〒電話　　　　　　　　　　　　　 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給申請に係る児童氏名 |  |
| 個　人　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄 |  |
| 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※受給者証番号は、すでに受給者証の交付を受けている場合にのみ記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に氏名等を記入してください。） |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒電話　　　　　　　　　　　　　　 |