

障害児相談支援給付費支給申請書
兼障害児相談支援依頼(変更)届出書

松江市長 様

下記の同意事項に同意のうえ、相談支援給付費の支給を申請します。
また、下記の指定障害児相談支援事業所のとおり届け出します。

申請・届出年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号		
	居住地	電話番号		
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	個人番号		続柄	

区分 新規・変更

障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住所	電話番号

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

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)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	電話番号		

個人情報の取り扱いに関する同意事項

障害児支援利用計画又は通所支援計画の作成のために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部並びに通所支給決定内容を、松江市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

※申請者の自書でない場合は、押印してください。