

様式第 1 号（第 3 条関係）

堺市重度障害者入院時コミュニケーション支援費支給申請書

堺 市 長 殿

入院時コミュニケーション支援費の支給を受けたいので、堺市重度障害者入院時コミュニケーション支援費の支給に関する要綱第 3 条の規定により、次のとおり申請します。

															申請年月日			年			月		日					
申請者	フリガナ														生年月日			年							月		日	
	氏名																	年							月		日	
	個人番号（障害児の場合は、記入不要）																											
	住所		〒												電話番号													
フリガナ														生年月日			年							月		日		
支給申請に係る 障害児氏名																	年							月		日		
個 人 番 号																続 柄												
受給者証番号（障害福祉サービス）																												
受給者証番号（移動支援）																												

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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											