

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 (歳) |
| | 氏名 | | | | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| | 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 (歳) | |
| 支給申請に係る 障害児氏名 | | | | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| 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 | <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 | | | |

（申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。）