

障害児相談支援給付費支給申請書

宗像市福祉事務所長 様

次のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項に規定する計画相談支援給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		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
			続柄	個人番号		
			電話番号			

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			

宗像市では、計画相談支援（障害児相談支援）の地域体制充実及び計画の適正化を図る基幹相談支援センターの業務を宗像市障害者生活支援センターに委託しています。そのために、計画相談支援（障害児相談支援）での情報提供について同意を伺います。

私は、指定特定相談支援事業者及び指定特定障害児相談支援事業者がサービス等利用計画（障害児支援利用計画）の作成及びモニタリングのサービスを提供するために必要がある場合、計画の適正化チェックを行う必要がある場合において、アセスメントの内容、サービス等利用計画（障害児支援利用計画）、モニタリング報告書、サービス担当者会議等の関連記録について、宗像市障害者生活支援センターに提示することに同意します。

申請者（本人）氏名： _____