様式第１号（第５条関係）

薩摩川内市障害者等相談支援給付費申請書

　　　　年　　月　　日

薩摩川内市長　様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　印

薩摩川内市障害者等相談支援給付費交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

記

１　交付申請額　　　　　　　円

２　添付書類　　相談記録票