様式第1号 (第5条関係)

年　　月　　日

　身延町長　　　様

障害児通所支援利用者負担額助成金支給申請書

次のとおり障害児通所支援利用者負担額助成金の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | |  | | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 | ㊞ | | |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　電話番号： | | | | |
| フリガナ | |  | | 年齢 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 子 ど も 氏 名 | |  | | 歳 |
| 続　柄 |  |
| 利用施設名 | |  | | | | |
| 申請に係る支援 | | □　児童発達支援  　□　保育所等訪問支援 | | | | |
| 申請に係るサービス利用期間 | | | 年　　月　　～　　　　　年　　月 | | | |
| サービス利用月の申請者の  対象費用支払い合計額 | | | 円 | | | |

（注１）　支払額を証する書類（領収書等）及び障害児通所受給者証の写しを添付して下さい。

（注２）　世帯の状況欄（裏面）に、保護者と生計を一にしている者全てを記入して下さい。

障害児通所支援利用者負担額助成金を下記口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼書 | 金融機関名 | | | | 本・支店名 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
|  | | | |  | | | １　普通  ２　当座  ３　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |

情報提供に係る署名欄

　上記の助成の可否を決定するにあたり町県民税の情報・世帯情報・児童手当受給者台帳・児童扶養手当受給台帳等必要となる公簿を閲覧することに同意します。

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

【世帯の状況】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | （フリガナ）  氏　　名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 同居・別居  の別 |
| 保護者 |  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
| 対象となる  子ども |  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
| 保護者と生計を一にしている者 |  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |

　※　保護者と生計を一にしている者全てを記入して下さい。