

様式第1号（第5条関係）

太田市障害児通所支援利用者負担額助成申請書（受領委任払用）

（宛先）太田市長

申請年月日 年 月 日

次のとおり障害児通所支援の利用者負担額について助成を申請します。

助成にあたっては、児童発達支援、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援の提供を受けた事業所に対して助成金の請求及び受領を委任しますので、事業所に対して支払われるようお願いいたします。

フリガナ		生年月日													
申請者氏名 <small>（通所給付決定保護者氏名）</small>		年 月 日													
居 住 地	〒 電話番号（ ） -														
対象児童名	フリガナ 氏 名	生年月日	受給者証番号												
その他児童															

サービス名	事業所名

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	
氏名		との関係	
住所	〒 _____ 電話番号 _____		

※申請者及びその者と住民票を同じくする世帯員全員について、関係者が世帯状況を照会し、かつ閲覧してその情報に基づいて支給決定することに同意します。

氏名 _____