

魚津市障害児通所支援利用者負担額等助成申請書

魚津市長 宛

次のとおり関係書類を添えて魚津市障害児通所支援利用者負担額等の助成を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ					
申請者氏名 (通所給付決定保護者氏名)					
生 年 月 日	年 月 日				
居 住 地	〒 電話番号				
フリガナ			続 柄		
助 成 申 請 に 係 る 児 童 氏 名			生年月日	年 月 日	
要綱第 5 条第 1 項第 1 号及び第 2 号の 支払合計額			円	申請に係 る年月	年 月分
要綱第 5 条第 1 項第 3 号の 支払合計額			円		

(注) 支払額を証する領収書を添付してください。

魚津市障害児通所支援利用者負担額等の助成を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 替 依 頼 書	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目 1 普通預金 2 当座預金 9 その他	口座番号						
	金融機関コード		店舗コード									
	フリガナ											
	口座名義人											

【調査同意に関する確認事項】

1 魚津市障害児通所支援利用者負担額等助成の決定の際に必要な情報を、関係機関に照会することに同意しますか。	はい	・	いいえ
---	----	---	-----

【決定通知書の送付に関する確認事項】

1 決定通知書の送付を希望しますか。	はい	・	いいえ
--------------------	----	---	-----

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下欄に記入）		
フリガナ			申 請 者 との関係
氏 名			
住 所	〒 電話番号		