

魚津市障害児通所支援利用者負担額等助成代理受領申立書

魚津市長 宛

魚津市障害児通所支援利用者負担額等の助成の受領に関する権限について、次の事業者委任します。

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

【事業者】

事業者	名称	
	主たる事務所の所在地	
事業所	名称	
	所在地	