

大阪市児童発達支援等利用者負担給付金支給申請書

大阪市長

申請年月日 平成 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて児童発達支援等利用者負担給付金の支給を申請します。

フリガナ				生年月日			
申請者氏名 (通所給付決定保護者氏名)		印		年 月 日			
居住地		〒		電話番号 ( ) -			
サービス利用月の世帯における 対象費用の支払合計額		申請に係る サービス利用月 ※該当年度を記入いた だき、該当月に○をして ください。		平成 年度			
円				4月分	5月分	6月分	7月分
				8月分	9月分	10月分	11月分
				12月分	1月分	2月分	3月分
フリガナ 氏 名		生年月日		受給者証番号			
対象児童名							
その他児童							

(注) 支払額を証する領収書を添付してください。

児童発達支援等利用者負担給付金を下記の口座に振り込んで下さい。

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		口座番号				
	金融機関コード		店舗コード		1 普通 2 当座						
	フリガナ										
	口座名義人										

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		
氏名	申請者 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。

氏名印 