

豊後高田市児童発達支援等利用者負担給付金支給申請書（償還払用）

豊後高田市長 様

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)		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	
円		年度 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	
対象児童名		受給者証番号	
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	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通						
	ゆうちょ銀行（右づめ）		2 当座						
	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		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 \_\_\_\_\_