　様式第１号（第５条関係）

第２子以降３歳未満障害児通所支援利用者負担額助成金支給申請書

都留市長　　様

次のとおり、第２子以降３歳未満障害児通所支援利用者負担額助成金の支給を申請します。

申請年月日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | |  | | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 | 印 | | |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　電話番号： | | | | |
| フリガナ | |  | | 年齢 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給申請に係る  子ども氏名 | |  | | 歳 |
| 続　柄 |  |
| 利用施設名 | |  | | | | |
| 申請に係る支援 | | □　児童発達支援  　□　医療型児童発達支援（医療に係るものを除く。）  　□　保育所等訪問支援 | | | | |
| 申請に係るサービス利用期間 | | | 年　　月　　～　　　　　年　　月 | | | |
| サービス利用月の申請者の対象費用支払い合計額 | | | 円 | | | |

（注１）　支払額を証する書類（領収書等）を添付してください。

（注２）　世帯の状況欄（裏面）に、支給決定保護者と生計を一にしている者全てを記入してください。

（注３）　別世帯又は別居の場合は生計を一にしている状況を確認できる書類（コピー可）を添付してください。

第2子以降3歳未満障害児通所支援利用者負担額助成金を下記口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼書 | 金融機関名 | | | | 本・支店名 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
|  | | | |  | | | １ 普通  ２ 当座  ３ その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |

情報提供に係る署名欄

　上記の助成の可否を決定するにあたり市県民税の情報・世帯情報・児童手当受給台帳・児童扶養手当受給台帳等必要となる公簿を閲覧することに同意します。

通所給付決定保護者氏名　　　　　　　　印

（裏面）

【世帯の状況】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | （フリガナ）  氏　　名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 同居・別居  の別 |
| 通所給付決定  保護者 |  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
| 対象となる  子ども |  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
| 通所給付決定保護者と生計を一にしている者 |  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |
|  |  | 年　　月　　日 | 歳 | 同居・別居 |

（注４）　支給決定保護者と生計を一にしている者全てを記入してください。

（注５）　別世帯又は別居の場合は生計を一にしている状況を確認できる書類（コピー可）を添付してください。