

別記第1号様式(第4条第1項)

浦安市障害児通所支援利用者負担額助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

住所  
申請者 氏名  
電話 ( )

年度浦安市障害児通所支援利用者負担額助成金の交付を受けたいので、浦安市障害児通所支援利用者負担額の助成に関する規則第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

児 童	氏 名		保護者との続き柄	
	生 年 月 日		年 月 日生	
保 護 者	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日		年 月 日生	
利 用 施 設 名				

希望する支払方法	窓口払い・口座振替			
口座振替を希望する場合の振込先	金融機関名		支 店 名	
	預 金 種 目	普通・当座	口 座 番 号	
	フリガナ			
	口 座 名 義			

助成金の代理受領を希望する場合は以下の□にチェックして下さい。

浦安市障害児通所支援利用者負担額の助成に関する規則第5条に規定する、事業者による助成金の代理受領を希望します。