様式第１号

**多子軽減に伴う障がい児通所給付費支給申請書（平成　　年　月分）**

区保健福祉センター所長

申請年月日　　　　　　年　　月　　日

　　 次のとおり関係書類を添えて多子軽減に伴う障がい児通所給付費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 |  | 申請に係るｻｰﾋﾞｽ利用月 | 平成　　　年　　月分 |
| 障がい児氏名通所給付決定に係る | フ　リ　ガ　ナ | 生年月日 | 受給者証番号 |
| 氏　　　　名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

（注）支払額を証する領収書を添付してください。

多子軽減に係る障がい児通所給付費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 |
| １普通２当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座名義人 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） |
| 　フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏　　名　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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**