

様式第1号

大阪市児童発達支援等利用者負担給付金支給申請書

(提出先) 大阪市長

申請年月日 年 月 日

次のとおり、大阪市内で給付決定を受けた児童発達支援、医療型児童発達支援又は居宅訪問型児童発達支援に係る児童発達支援等利用者負担給付金の支給を申請します。

支給にあたっては、児童発達支援、医療型児童発達支援又は居宅訪問型児童発達支援の提供を受けた事業所に対して給付金の請求及び受領を委任しますので、事業所に対して支払われるようお願いいたします。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------------|-------|--------------------------|--------|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 () - | | | | | | | | |
| 対象児童 | フリガナ 氏名 | 生年月日 | 第2子以降 の確認 | 受給者証番号 | | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------|--|--|-------------|
| 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 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。

※支給の決定にあたっては、大阪市児童発達支援等利用者負担給付金支給要綱に規定の内容を遵守することに同意します。

氏名 _____