

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(提出日)を記入してください。

申請年月日 令和6年〇月〇日

次のとおり、大阪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します。

保護者の方のお名前・生年月日・居住地・電話番号を記入してください。

フリガナ	オオサカ △△	生年月日
申請者氏名 (通所給付決定保護者氏名)	大阪 △△	昭和〇〇年〇月〇日
居住地	〒〇〇〇—〇〇〇〇 大阪市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号 電話番号(〇〇) 〇〇〇〇 -〇〇〇〇	

	フリガナ	生年月日	第2子以降の確認	受給者証番号										
	氏名			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
対象児童	オオサカ 〇〇 大阪 〇〇	令和〇〇年〇月〇日	<input checked="" type="checkbox"/>											

0~2歳の第2子以降のお子さまで、児童発達支援等の利用者負担が発生する場合、給付金の支給対象となります。給付金の支給対象となるお子さまのお名前・生年月日・第2子以降の確認のチェック・受給者証番号の記入をお願いします。

申請書提出者	<input checked="" 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	〒	どちらかにチェックのうえ、申請者本人以外が申請書を提出する場合は、下の欄にお名前・住所・申請者との関係の記入をお願いします。	

※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。

保護者の方のお名前を記入してください。

氏名 大阪 △△