**大阪市児童発達支援等利用者負担給付金支給申請書（償還払用）**

様式第２号

（提出先）大阪市長

申請年月日　　　　年　　月　　日

　　 次のとおり関係書類を添えて児童発達支援等利用者負担給付金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） |  |  |
| 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**※該当年度を記入いただき、該当月に○をしてください。** | 　　年度4月分　　5月分　　6月分 7月分8月分　　9月分　 10月分　11月分 12月分　 1月分 　 2月分　 3月分 |
| 　　　　　　　　　　　円 |
|  | フ　リ　ガ　ナ | 生年月日 | 第２子以降の確認 | 受給者証番号 |
| 氏　　　　名 |
| 対　象　児　童 |  |  | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

（注）支払額を証する領収書を添付してください。

児童発達支援等利用者負担給付金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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行（右づめ） |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。**

**※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**