

美濃加茂市児童発達支援等利用者負担額助成金交付申請書兼請求書

美濃加茂市長 宛

次のとおり関係書類を添えて美濃加茂市児童発達支援等利用者負担額助成金の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ		利用 サービス	①児童発達支援 ②居宅訪問型児童発達支援 ③保育所等訪問支援
申請者氏名 ※児童の場合は保護者			受給者証番号
生年月日	年 月 日		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 障害児氏名		生年月日	年 月 日
サービス利用月の申請者の 利用者負担額の支払合計額	円	申請に係る サービス 利用月	

※ 児童発達支援事業所の発行した利用者負担額の記載された領収書を添付してください。

美濃加茂市児童発達支援等利用者負担額助成金を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼書			種 目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

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		