

様式第 1 号 (第 5 条関係)

浦添市多子軽減に伴う障害児通所給付費支給申請書

浦添市福祉事務所長 様

次のとおり関係書類を添えて多子軽減に伴う障害児通所給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ 申請者氏名 (通所給付決定保護者氏名)														
生 年 月 日		明治 昭和	大正 平成	年	月									
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 サービス 利 用 月				年 月 分						
通所給付 決定に係 る児童の 氏名	フリガナ 氏 名		生年月日		受給者証番号									
			年 月 日											
			年 月 日											
			年 月											
			日											

(注) 支払額を証する領収書を添付してください。

多子軽減に係る障害児通所給付費を次の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 替 依 頼 書	銀行		本店 支店 出張所	種目	口座番号							
	信用組合			1 普通預金								
	信用金庫		2 当座預金									
	金融機関コード		3 その他									
	店舗コード											
	フリガナ											
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			