特例障害児通所給付費支給申請書

年　　月　　日

　　　（宛先）旭川市長

　　　　　　年　　月分の特例障害児通所給付費の支給を受けたいので，次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 受給者証番号 |
| 申請者氏名 | 印（個人番号：　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申　　請　　者生年月日 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 居住地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 続柄 |
| 申 請 に 係 る児童氏名 | （個人番号：　　　　　　　　　　） |  |
| 特例障害児通所給付費請求額 | 円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行信用金庫信用組合農協 | 本店支店本所支所 | 口座種別 | １　普通　２　当座　３　その他 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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（次の欄に記入してください。） |
| ふりがな |  | 申 請 者との関係 |  |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |

　（注）この申請書には，該当月分の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。