

様式第 1 号（第 5 条関係）

多子軽減措置に伴う障害児通所給付費支給申請書

佐世保市長 様

次のとおり関係書類を添えて多子軽減措置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		日								
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						
係 通 所 所 給 給 付 付 決 決 定 定 に に の の 氏 氏 名 名	フリガナ			氏 名			生年月日			受給者証番号								

(注) 支払額を証する領収書を添付してください。

多子軽減措置に係る障害児通所給付費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							
	金融機関コード				店舗コード			1 普通預金 2 当座預金 3 その他									
	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		