様式第１号（第６条関係）

障害児福祉サービス等利用助成金支給申請書兼請求書

年　　月　　日

朝来市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

自署されない場合は記名押印してください。

　朝来市障害児福祉サービス等負担額助成金支給要綱第６条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者（児童）氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住所（電話） | 朝来市電話　　　（　　　）　　　 |
| 本助成金については、下記の口座に振込みを依頼します。なお、申請者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領に関する権限を委任します。 |
| 振込先金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 |  | 口座名義(カナ) |  | 口座番号 |  |
| 利用年月 | 障害児福祉サービス等事業所 | 障害児福祉サービス等 | 利用者負担額 |
| 年　　　月 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 年　　　月 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 年　　　月 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計申請額 | 　　　　　 　円 |

※対象福祉サービス等の領収書を添付してください。