

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。