**多子軽減に伴う障害児通所給付費支給申請書　　　　　（記載例）**

玉野市長　　様

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

押印（認め可）

申請年月日　平成○○年○○月○○日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | **タマノ　タロウ** | | | 当方で記入しますので、空けて置いて下さい | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名  （通所給付決定保護者氏名） | | **玉野　太郎　　　　　　　　　印** | | |
| 生年月日 | | **○○**年**○○**月**○○**日 | | |
| 居住地 | | **〒706-8510** | | | | | | | | | | | | | | |
| **玉野市宇野1丁目27番1号**　　　　　　　　　　電話番号**○○○-○○○-○○○○** | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用月の世帯における  当方で記入しますので、空けて置いて下さい  対象費用の支払合計額 | | | |  | | | | 申請に係るサービス利用月 | | | | 平成　　年　　月分 | | | | |
| 通所給付決定に  係る児童の氏名 | フ　リ　ガ　ナ | | 生年月日 | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　　名 | |
| **タマノ　イチロウ** | | **平成○○年○月○日** | | **4** | **○** | **○** | | **○** | **○** | **○** | | **○** | **○** | **○** | **○** |
| **玉野　一郎** | |
| **タマノ　ジロウ** | | **平成○○年○月○日** | | **4** | **○** | **○** | | **○** | **○** | **○** | | **○** | **○** | **○** | **○** |
| **玉野　二郎** | |
| コピーでも構いません | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | |

（注）支払額を証する領収書を添付してください。

多子軽減に伴う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 | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金  ３その他 | **○** | **○** | **○** | **○** | **○** | **○** | **○** |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
| **○** | **○** | **○** | **○** | **○** | **○** | **○** |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | **タマノ　タロウ**  申請者本人名義の口座に限ります。  名義は通帳どおりに記載してください。  （特に「フリガナ」部分を正確に） | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | **玉野　太郎** | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |

申請者本人以外が提出する場合は申請者本人以外にチェックをいれ、この欄を記入してください。