第１号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　別海町長　曽根　興三　様

申請者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(保護者)　氏名

通所支援利用者負担額助成金交付申請書

　別海町障害児通所支援利用者負担額助成実施要綱第４条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 受給者証  番　　号 |  |
| 児 童 名 |  | |
| 生年月日 | 年　月　日生 | | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 |  | | | |
| 受給者証交付  年月日 |  | | 受給者証  有効期限 | 年　月　日から  年　月　日まで |
| 利用者負担額助成有効期間 | | 年　月　日から  年　月　日まで | | |