受領委任払用＜記載例＞

守口市児童発達支援等利用者負担給付金支給申請書（受領委任払用）

（提出先）　守口市長　様

申請年月日　令和　○年○月○日

次のとおり、守口市児童発達支援等利用者負担給付金支給要綱に定める児童発達支援等利用者負担給付金の支給を申請します。

支給にあたっては、児童発達支援、医療型児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援又は保育所等訪問支援を委任しますので、事業所に対して支払われるようお

障がい児通所受給者証に記載された保護者の氏名を記載してください。

朱肉を使う印鑑で押印してください。

フリガナ	モリグチ　▲　▲		生年月日
申請者氏名（通所給付決定保護者氏名）	守口　▲▲　印		昭和○○年○月○日
居住地	〒○○○－○○○○　守口市○○○丁目○番○号 電話番号　（○○）○○○○－○○○○		

	フリガナ 氏名	生年月日	受給者証番号
対象児童名	モリグチ　○○ 守口　○○	平成○○年○月○日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
その他児童	モリグチ　□□ 守口　□□	平成○○年○月○日	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1

給付金の対象となる児童の情報を記載してください。

障がい児通所給付決定を受けた、給付金の対象とならないきょうだい児（上記の対象児童以外）の情報を記載してください。

朱肉を使う印鑑で押印してください。

※申請者及びその者と住民票を同じくする世帯員全員について、関係者が世帯状況と　　閲覧してその情報に基づいて支給決定することに同意します。

氏　名　守口　▲▲　印

障がい児通所受給者証に記載された保護者の氏名を記載してください。
※上記の「申請者氏名」と同じ方の氏名をご記載いただくこととなります。

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 氏名		申請者との関係	
住所	〒　－ 電話番号　（　）		

どちらかにチェックしてください。