

第 1 号様式（第 5 条関係）

多子軽減に伴う障害児通所給付費支給申請書

（宛先）春日井市長

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

申請年月日 年 月 日

フリガナ														
申請者氏名 <small>（通所給付決定保護者氏名）</small>														
生 年 月 日		年 月 日												
居 住 地		〒												
		電話番号												
サービス利用月の世帯における 対象費用の支払合計額								申請に係 るサービ ス利用月		年 月分				
係 通 所 所 給 給 付 付 決 決 定 定 に に の の 氏 氏 名 名	フリガナ		生年月日		受給者証番号									
	氏 名													

多子軽減に係る障がい児通所給付費を次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						
	金融機関コード			店舗コード			1 普通預金 2 当座預金 3 その他							
	フリガナ													
	口座名義人													

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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			

(記入例) ※太枠の部分のみご記入ください。

多子軽減に伴う障がい児通所給付費支給申請書

(宛先) 春日井市長

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

申請年月日 ~~平成~~ 年 ~~月~~ 日

フリガナ	カスガイ タロウ											
申請者氏名 (通所給付決定保護者氏名)	春日井 太郎											
生 年 月 日	明治 昭和	大正 平成	50年	6月	1日							
居 住 地	〒486-8686 春日井市鳥居松町5-44 カスガイシヤクショ106号 電話番号 0568-85-6212											
サービス利用月の世帯における 対象費用の支払合計額						申請に係 るサービ ス利用月		年 月分				
係 通 所 所 給 給 付 付 決 決 定 定 に に 係 係 る る 児 児 童 童 の の 氏 氏 名 名	フリガナ 氏 名		生年月日		受給者証番号							
	カスガイ ジロウ 春日井 次郎		平成23年4月17日									

多子軽減に係る障がい児通所給付費を次の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 替 依 頼 書	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行		本店		種 目		口 座 番 号						
	春日井 信用金庫 信用組合		市役所 支店 出張所		1 普通預金		1	2	3	4	5	6	7
	金融機関コード		店舗コード		2 当座預金								
					3 その他								
	フリガナ		カスガイ タロウ										
口座名義人		春日井 太郎											

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ	カスガイ ハナコ	申 請 者	妻
氏 名	春日井 花子	と の 関 係	
住 所	〒 同上 電話番号		