

第1号様式

年 月 日

別海町長 曾根 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	