第３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請求書

　別海町障害児通所支援利用者負担額助成実施要綱第６条の規定により、下記のとおり請求します。

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 |  |
| 請求対象年月及び利用回数 | 年　　月分　　　　回 | 請求金額 | 円 |