

第1号様式（第6条）

浦安市障がい児療育事業参加費用助成申請書

令和 年 月 日

（宛先）浦安市長

住所 浦安市

申請者 氏名

電話

療育事業参加費用の助成を受けたいので、浦安市障がい児療育事業参加費用助成規則第6条の規定により、次のとおり申請します。

障がい児	氏名		生年月日	年	月	日
	住所					
	障がいの種類	身体障がい・知的障がい・精神障がい・難病疾患				
療育事業	名称					
	参加年月	年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	名称					
	参加年月	年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	名称					
	参加年月	年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
申請額		円				
希望する支払方法		<input type="checkbox"/> 口座振替 前回と同じ口座を希望します。 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> （いいえの場合は下記を記入）				
金融機関名		支店名	支店（ ）出張所			
預金種目		フリガナ				
口座番号		名義				

* 該当する□にレ印を付けてください。

添付書類

- 1 診断書その他の対象者であることを証する書類（申請時に身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳又は自立支援医療（精神通院）受給者証を提示するときは不要です。）
- 2 療育事業参加費用を支払ったことを証する書類
- 3 療育事業に参加したことを証する書類

上記添付書類のうち療育事業に参加したことを証する書類を添付することができないので、療育事業に参加したことについて市長が事業者を確認することに同意します。

氏名 _____