浦安市児童発達支援・放課後等デイサービス利用者負担額助成金支払請求書

年　　月　　日

浦安市長　様

次のとおり利用者負担額を支払いましたので、利用者負担額助成金の支払いを請求します。なお、支払いについては、下記の口座に振り込んでください。

請求者
(障がい児の保護者)

住　所　浦安市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

支給決定に係る児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請に係るサービス利用月　　年　　月分

児童発達支援・放課後等デイサービス費用合計額	円
利用者負担額	円
(浦安市)請求額	円

振込先				
振込先	金融機関名		支店名	
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			