様式第５号の２（第３条の２条関係）

障害児通所給付費に係る多子軽減措置償還金支給申請書

和光市長　様

　次のとおり関係書類を添えて障害児通所給付費に係る多子軽減措置償還金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（通所給付決定保護者氏名） | 印 |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒 |
| 　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 申請に係る乳幼児のサービス利用により支払った自己負担額の合計額(申請月分） | 　　　　　　　　　　円 | 申請に係るサービス利用月 | 　年　　月分 |
| 申請に係る乳幼児 | フ　リ　ガ　ナ | 生年月日（年齢） | 世帯における乳幼児の続柄 |
| 氏　　　　名 |
|  | 　　　年　　月　　日（　　　歳） | 第　　　子 |
|  |
| 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

障害児通所給付費に係る多子軽減措置償還金を下記の講座に振り込んで下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先金融機関 | 　　　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　　　　農協 |
| 預金種目 |  | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

　備考　口座名義人は、申請者と同じ名義に限る。

※　申請に係る乳幼児より年長の子に係る通園証明書（様式第５号の３）と自己負担額の

支払いを証する書類を添付すること。