

年 月 日

世 羅 町 長 様

申請者 住 所 世羅町大字 番地

(保護者) 氏 名 ㊟

電話番号

児童発達支援事業等利用者負担金助成申請書

児童発達支援事業等利用者負担金の助成を受けたいので、つぎのとおり申請します。なお、児童発達支援事業等利用者負担金助成における資格の認定のために、保育所（園）・幼稚園・認定こども園の在所（園）状況を確認することに同意します。

対象児童	住 所	世羅町大字 番地		
	氏 名		生年 月 日	年 月 日生
保育所（園）・幼稚園名・認定こども園				
サービス利用期間 (在所(園)の証明を受けたい期間)		年 月 日 ~ 年 月 日		
支給申請額	金 円	支給決定額	円	
合計額	利用者負担金	助成割合	助成金額	
(月分)	円 × (1/2 ・ 2/2)	=	円	
(月分)	円 × (1/2 ・ 2/2)	=	円	
(月分)	円 × (1/2 ・ 2/2)	=	円	
(月分)	円 × (1/2 ・ 2/2)	=	円	

事業所通所等証明欄 (通所日数とサービス利用者負担金の記載をお願いしてください。)

サービス提供年月	通 所 日 数	サービス利用者負担金	備 考
年 月	日	円	
年 月	日	円	
年 月	日	円	
年 月	日	円	

上記のとおり当事業所に通所し、サービス利用者負担金を受領したことを証明します。

年 月 日

事業所在地
事業所名

㊟

保育所（園）・幼稚園・認定こども園在所（園）証明欄

助成金振込口座

対象児童が上記サービス利用期間に、当保育所（園）・幼稚園・認定こども園に在所（園）したことを証明します。 (世羅町内の公立保育所に在所した場合は省略可能) 年 月 日 所在地 保育所（園）・幼稚園・認定こども園名 ㊟	振込先	銀行 農協 信用組合	支店	
	口座種別	口座番号		
	普通 当座			
	口座名義人（フリガナ）			