

三原市障害児通所給付費等自己負担額助成金交付申請書

通所受給者証番号			
児 童 氏 名			
自 己 負 担 額	年	月利用分	円
	年	月利用分	円
	年	月利用分	円
	年	月利用分	円
	年	月利用分	円
	年	月利用分	円
申 請 金 額	円		
三 原 市 長 様 上記のとおり、三原市障害児通所給付費等自己負担額助成金交付要綱第 5 条の規定により三原市障害児通所給付費等自己負担額助成金の交付の申請をします。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 印 ※本人が手書きした場合は、押印不要です。			
(同意事項) 次の事項について、同意するか同意しないかを選択してください。			
①	同居又は扶養の状況を調べるため、市が保有する住民票情報又は課税情報等を調べること。 ☐ 同意する。 ☐ 同意しないので、証明する書類を提出します。		
②	公立の保育所（園）、幼稚園、認定こども園等の在籍状況について、担当部署間で情報共有すること。 ☐ 同意する。 ☐ 同意しないので、在籍証明書を提出します。		