帯広市独自軽減制度　自立支援福祉サービス費　支給申請書

　　年　　月　　日

帯広市長　　様

住　所　帯広市

申請者（保護者）

氏　名

（電話　　　　－　　　　　　）

　下記のとおり、本日申請に係る利用月、及び将来に亘り、帯広市独自軽減制度福祉サービス費の支給を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 区分 | 身体・知的・児童 |
| 住所 | 帯広市 |
| 氏名（保護者） |  | 生年月日 |  | 年　　月　　日生 |
| 支給申請に係る児童氏名 |  | 生年月日 |  | 年　　月　　日生 |

【口座振替指定欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | □銀行　□信用金庫□農業協同組合　□信用組合 | 店 |
| 預金種目 | 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（申請者ご本人名義の口座に限ります。） | フリガナ |  |
| 氏名 |  |