

# 東大阪市児童発達支援等利用者負担給付金支給申請書

( 2 歳 児 )

令和 年 月 日

(宛先)東大阪市長

次のとおり、関係書類を添えて東大阪市児童発達支援等利用者負担給付金の支給を申請しますので、下記の口座に振込みをお願いします。

給付決定保護者	フリガナ		生年月日	S・H	年	月	日							
	氏名													
	居住地	東大阪市					続柄	父・母 ( )						
日中の連絡先	① — — (父携帯・母携帯・自宅・その他)			② — — (父携帯・母携帯・自宅・その他)										
フリガナ				生年月日										
児童氏名				R	年	月	日							
				受給者証番号										
申請する利用月 (該当月に○)	令和 年度	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	月

振込先														
( 口座変更 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ) 口座変更が「 <input checked="" type="checkbox"/> 無」の場合は振込先の記入は不要です。														
金融機関					支店				口座番号					
銀行 信金 組信 農協					支店									
種別	普通・当座・貯蓄	口座名義人		※カタカナでご記入ください。										

※ 支払額を証する領収書を添付してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人(下の欄に記入不要)		<input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)	
氏名			児童との関係	
住所			電話番号	

※ 振込みをもって決定通知に代えさせていただきます。振込み日は原則受理した月の翌々月末です。