

移動支援費・日中一時支援費支給申請書

(宛先) 春日市福祉事務所長

次のとおり、春日市障害者等移動支援費支給事業実施規則第5条第4項及び春日市障害者等日中一時支援費支給事業実施要項第4条第4項の規定に基づき移動支援費及び日中一時支援費の支給を申請します。

なお、振込みに関する手続きについては、春日市福祉支援部福祉支援課長に委任します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ			受給者番号								
申請者氏名 (支給決定障害者等氏名)	印										
生年月日	年 月 日										
居住地	〒		電話番号								
フリガナ			続柄								
支給決定に係る児童の氏名			生年月日		年 月 日						
サービス利用月の利用者負担額			円		申請に係るサービス利用月					年 月分	
対象者の負担上限月額			円								
申請する移動支援費及び日中一時支援費			円								

移動支援費及び日中一時支援費を次の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号							
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	フリガナ										
口座名義人											

申請書提出者	申請者本人 申請者本人以外 (下の欄に記入)	
フリガナ		
氏名	申請者との関係	
住所	〒	
電話番号		