

尾道市障害児通所支援利用者負担助成金代理受領依頼書

受給者証番号	2050*****
受給者氏名(保護者)	尾道 太郎
児童氏名	尾道 花子

受給者番号、受給者氏名(主たる生計者) 児童氏名を記入

所在地	通所している事業所で記入してもらってください。 複数の事業所を利用している場合、各事業所分が必要ですので、コピーして使用してください。
事業所名称	

尾道市長様

上記の事業所に、障害児通所支援利用者負担助成金についての請求及び受領を委任することを届出します。

***年**月**日

住所 尾道市**町**番地

受給者氏名 尾道 太郎 (印)

電話番号 0848-**-****

※押印を省略する場合は、電話番号を記載してください。

記入した日付、住所、受給者氏名(主たる生計者)、電話番号を記入

※ 太枠の中のみ記入してください。

担当	係員	係長	課長

受理日付印