

尾道市障害児通所支援利用者負担金助成申請書

（ 半額助成 ・ 全額助成 ）

受給者証番号	2050*****	
受給者氏名（保護者）	尾道 太郎	受給者証番号、受給者氏名（主たる生計者）、 児童氏名、児童生年月日を記入
児童氏名	尾道 花子	
児童生年月日	***年**月**日	
保育所（園）又は幼稚園の 入所（園）状況	① 入所（園）している 2 入所（園）していない	
保育所（幼稚園）名	■■幼稚園	通園もしくは通学先の学校名を記入
入所（園）年月	**年 4月1日	小学生以上は記入不要
卒所（園）予定年月日	**年 3月31日	

尾道市長様

上記のとおり、障害児通所支援に係る利用者負担金の助成を申請します。

\*\*\*年\*\*月\*\*日

住所 尾道市\*\*町\*\*番地

受給者氏名 尾道 太郎

電話番号 0848-\*\*-\*\*\*\*\*

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

※太枠の中のみ御記入ください。

担当	係員	係長	課長

受理日付印