

様式 1

横浜町療育施設等通所交通費助成受給資格認定申請書

令和 年 月 日

横浜町長

申請者（利用児の保護者）

住所 横浜町字 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

通所者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、療育施設等通所交通費助成の受給資格の認定および振込口座の登録を申請します。

ふりがな 通所者氏名		生年月日	年 月 日
通所者住所	横浜町字	性別	男・女
通所施設名			
交通手段	J R 乗車 区間	～	

上記の者は児童福祉法により支給決定を受け、本施設に通所していることに相違ありません。

令和 年 月 日

施設名称 \_\_\_\_\_ (印)

施設住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

【口座振り込み依頼欄】

金融機関	銀行・金庫・組合 支店
口座番号	普通 ・ 当座
ふりがな 口座名義	