第１号様式

年　　月　　日

土佐清水市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律
及び児童福祉法利用者負担額助成申請書

土佐清水市長　様

住所
氏名（本人又は保護者）
本　人
保護者

土佐清水市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法利用者負担額助成実施要綱第４条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、利用者負担額助成認定にあたり、助成対象者及びその世帯全員の課税状況等を調査することに同意します。また、助成金の給付については，対象サービスを提供した事業者が私に代わり受領することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="3" rowspan="2">年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2">土佐清水市</td><td>個人番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">世帯の状況</td><td colspan="2">氏名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td colspan="2">個人番号</td><td>備考</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">サービス提供事業者名</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>