

八王子市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業 医師指示書料助成金交付申請書

年 月 日

八王子市長 宛

八王子市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業実施要綱第 20 条第 2 項の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請します。また、私及び私が属する世帯の他の世帯員の所得の状況等について、貴職が住民基本台帳又は課税台帳等の公簿により確認することに同意します。

申請者 (保護者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話番号		FAX/ E - mail	
対象児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		続柄	
負担した医師 指示書料の額		円（税込み）		

医師指示書料を負担したことを証する書類（領収書等）を添付すること。