

## 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。

記入見本

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

八王子市長 宛

申請者は、18 歳以上の場合  
は本人、18 歳未満の児童の  
場合は保護者となります。

申請書を記載した日付  
をご記入ください。

年 月 日

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行います。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、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	利用対象者が 18 歳未満の 場合のみご記入ください。	続柄	
	負担した医師 指示書料の額	円 (税込み)	負担した医師指示書料の額 をご記入ください。	

※ 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。

必ず医師指示書料を負担したことを  
証する書類(領収書等)を添付してく  
ださい。領収書等の書類を確認でき  
ないと助成金を交付できません。