様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

大分市障がい児発達支援早期利用促進事業負担給付金支給申請書（受領委任払方式用）

障がい児発達支援早期利用促進事業負担給付金の支給を受けたいので、大分市障がい児発達支援早期利用促進事業負担給付金支給要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏　　名 |  |
| 居住地 | 〒  電話番号 | | |
| フリガナ | |  | 生年月日 |  |
| 児童氏名 | |  |
| 申請者  との続柄 |  |

申請者及びその者と住民票を同じくする世帯員全員について、関係者が世帯状況及び障がい児給付情報を照会し、並びに閲覧してその情報に基づいて支給決定をすることに同意します。

また、私が大分市障がい児発達支援早期利用促進事業負担給付金の支給の決定を受けた場合は、下記の者を代理人として定め、大分市で給付決定を受け、かつ、代理人である事業所から児童発達支援、医療型児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援に係る提供を受けたものに関する発達支援早期利用促進事業負担給付金支給の請求及び受領の一切の権限をそれぞれ当該事業所に委任します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | 事業所名・代表者名 | 事業所所在地 |
| 代　理　人 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

申請者氏名