

記入例

様式第1号(第5条関係)

南越前町早期療育支援金支給申請書兼請求書

南越前町長 様

記載不要です。
※担当者が日付を記入します。

年 月 日

申請者 住 所 南越前町南条1-1

氏 名 南条 花子 (印)

電話番号 0778-40-0000

南越前町早期療育支援金支給要綱第5条に基づき、関係書類を添えて下記のとおり早期療育支援金の助成を申請(請求)します。

申請月の支給対象月に○を付けてください。
例：7月申請の場合
支給対象月 4月～6月

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 対象児 | (ふりがな) 氏 名 | なんじょう じろう 南条 次郎 | 子 | 生年 月 日 | 平成26年1月1日 |
| | 支給内容 | 支給対象月 | 4月～6月・7月～9月・10月～12月・1月～3月 | | |
| 助成金振込先 | 支給金額 | 金 円 | | 記載不要です。 ※担当者が通所・通院証明書より算出致します。 | |
| | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 農協 | | 本店・支店 本所・支所 | |
| | 預金種別 | 普通 当座 | (ふりがな) 口座名義人 | なんじょう はなこ 南条 花子 | |
| | 口座番号 (左詰記入) | 店番号 | 口座番号 | | |
| 添付書類 (右記の□欄をチェック☑してください) | □通所・通院証明書(様式第2号) | | | | |
| 申請受理年月日 | 年 月 日 | (承認・不承認) 決定年月日 | 年 月 日 | | |

注)太枠の中をご記入ください

注)毎年1月、4月、7月及び10月の4期にそれぞれの前月までの分を申請(請求)してください。

記入例

様式第2号(第5条関係)

通所・通院証明書

南越前町早期療育支援金支給要綱による支援金の申請をしたいので、証明をお願いします。

| | | | | |
|---------|----|------------------------|------|-----------|
| 対象児 | 住所 | 南越前町南条1-1 | | |
| | 氏名 | 南条 次郎 | 生年月日 | 平成26年1月1日 |
| 治療・訓練内容 | | (例) 言語発達遅滞に対する診察及び言語療法 | | |

4月～ 6月の通所・通院日 施設(病院)名 (南条病院)

| 月 | 通所・通院日 (○で囲んでください) | 回数 |
|---|---|----|
| 4 | 1 ② 3 4 5 6 7 8 ⑨ 10 11 12 13 14 15 ⑩ 17 18 19 20 21 22 ⑪ 23 24 25 26 27 28 29 ⑫ 31 | 5 |
| 5 | 1 ② 3 4 5 6 7 8 ⑨ 10 11 12 13 14 15 ⑩ 17 18 19 20 21 22 ⑪ 23 24 25 26 27 28 29 ⑫ 31 | 5 |
| 6 | 1 ② 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 ⑩ 17 18 19 20 21 22 ⑪ 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 3 |

上記のとおり通所・通院したことを証明します。

令和元年 7月 1日

申請月内の日付にて記載願います。

施設(病院)名 南条病院

施設(病院)長 南条 花子 印

----- 以下町事務処理欄 -----

*認定内訳

| 月別 | 回数 | 単価 | | |
|-----|----|----------------|---|---|
| 月 | | 500円 1,000円 | 円 | 円 |
| 月 | | 500円 1,000円 | 円 | 円 |
| 月 | | 500円 1,000円 | 円 | 円 |
| 合 計 | | | | 円 |

記載不要です。
※町担当者が上記証明書確認後算出致します。