　　○年○月○日

（別記様式第９号）

神戸市長宛

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 法人名 |  |
| 法人住所 |  |
| 代表者の職・代表者名 |  |

神戸市重症心身障害児対象事業加算給付金請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 |  |  |  |  | 千 |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

ただし，　　○年度神戸市重症心身障害児対象事業加算給付金○月分として

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※振込先 | 銀行  支店名 | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | | 支店 | | | 口座  種別 | | 普通  ・  当座 | | 口座  番号 | |  | | | | |
| 口座  名義(カナ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |

※神戸市重症心身障害児対象事業加算制度実績記録票の写しを添付のこと。

※口座名義（カナ）のうち「゛」「゜」は１文字として記入してください。

加算対象重症心身障害児の利用日数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | 利用者名 | 生年月日 | 利用日数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |