様式第１号（第６条関係）

第２子以降障害児児童発達支援等利用者負担額無償化対象確認申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 受給者証番号 |  |
| 対象児童 |  |
| 生年月日 | 年　月　日生 |
| 住所 |  | | |
| （宛先）静岡市長  第２子以降障害児児童発達支援等利用者負担額無償化対象の確認を申請します。  年　　月　　日   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 住　　所 |  |  | | 申出者 | 氏　　名 |  |  | |  | 電話番号 |  |  | |  |  | （対象児童との関係： | ） | | | | |

調査の同意について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同意書  　第２子以降障害児児童発達支援等利用者負担額無償化対象確認証の交付に関し、私の世帯員等の税情報、住民基本台帳等の調査に同意します。 | | | | |
| 年　　月　　日 | | 申請者（保護者）住所 |  | |
|  | | 申請者（保護者）氏名 |  | |
| 世帯員氏名 |  | | 世帯員氏名 |  |
| 世帯員氏名 |  | | 世帯員氏名 |  |