

第1号様式

<p>知名町心身障害者施設等入所者見舞旅費助成金支給申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>知名町長 殿</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 (保護義務者)</p> <p style="text-align: center;">住 所 知名町大字</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <p>なお、本申請の審査のために必要な町税等の収納状況などを確認する事に、同意いたします。</p>					
対 <small>(保護義務者)</small> 者	住所	知名町大字			
	氏名		男 ・ 女	生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日生
	訪 問 先 施 設 名				
	訪 問 年 月 日	年 月 日			
施設等 の 証 明	<p>上記の者は、心身障害者の医療及び保護のため、当施設（当院）に入所（入院）している心身障害者の保護者として、心身障害者を訪問見舞したことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 名 称 氏 名 印</p>				
心 身 障 害 者	住所				
	氏名		男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日生
	保護者との続柄		入所（入院） 年 月 日		年 月 日
振込先口座	金融機関・支店名		口座種別・口座番号		口座名義
			普通 当座		

町 記 入 欄	町税等収納状況		滞 納 無 ・ 滞 納 有		税務担当者印	
	助 成	該当・非該当		助成金額	円	
	支 給 年 月 日	年 月 日		決定通知書発 送年月日	年 月 日	
	受 付 年 月 日	年 月 日		決 裁 年 月 日	年 月 日	