様式第1号(第4条関係)

市外障害福祉施設通所経費支給申請書

年　　月　　日

　みよし市長　様

申請者

住所

氏名

　市外障害福祉施設通所経費の支給を受けたいので、みよし市市外障害福祉施設通所経費支給要綱第4条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

1　利用しているサービス

2　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | |
| 預金種別 |  | 口座名義人 |  |
| 口座番号 |  | | |