様式第５号（第８条関係）

特例障害児通所給付費の代理受領に係る申出書

　年　　月　　日

宇美町長　様

所在地

申請者

（代表者氏名）

　受給者証被交付者から基準該当通所支援に係る特例障害児通所給付費の受領についての委任があった場合に、代理受領を行いたいので申し出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | 　 | フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 基準該当事業所の名称 | 　 |
| 基準該当事業所の所在地 | 　 |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 事業所番号 | 　 |

　備考

この申出書は、特例障害児通所給付費の請求を行う前に提出してください。