

夏季休暇期間移動支援支給加算申請書

(あて先) 寝屋川市福祉事務所長 様

下記の通り夏季休暇期間における移動支援事業の支給時間の加算を申請します。

申請日 年 月 日

保護者氏名	住所
児童氏名	生年月日 年 月 日生
療育手帳番号	身体障害者手帳番号
学校名	学年

※下記の□にチェックを入れて下さい

- 3か月管理の利用を希望します
- 現在3か月管理を利用しています
- 3か月管理の利用を希望しません