様式第１号

　　年　 　月　 　日

青森市障害児通所支援２歳児クラス利用者負担額全額公費負担申請書

青森市長　様

　障害児通所支援２歳児クラス利用者負担額全額公費負担を受けたいので、青森市障害児通所支援２歳児クラス利用者負担額に係る全額公費負担実施事務取扱要領第２条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒電話番号 |
| 申請に係る児　童 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |