様式第３号（第７条関係）

**豊田市障がい者就労支援奨励金（代理）請求書**

令和７年１０月　２日

豊田市長　様

（請求者又は代理請求者）※代理請求者の場合、事業所所在地、事業所名、管理者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 　豊田市西町３丁目６０番地　　○△アパート □□号 |
| 氏名 | 　豊田　太郎 |
| 電話番号 | （ 0565 ）　31　―　1212 |

豊田市障がい者就労支援奨励金として、下記の金額を請求します。

**金　8,920円（令和７年　９　月利用分）**

※どちらにも”〇”がない場合は、前回請求時と同じ口座に振り込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **どちらかに○****（※）** | ○ | 前回請求時と同じ口座に振り込みを希望 **〈振込先口座に変更がない方〉** |
|  | 以下の口座に振り込みを希望**〈①初めて請求する方、②振込先口座を変更したい方、③事業所を変更した方〉** |
|  | 金融機関名支店名 | 銀行信用金庫農協 | 本店 支店出張所 |
| 種別・口座番号 | 普通　・　当座　　　 |
| （フリガナ） | 　　 |
| 口座名義人 | 　　 |

（事業所記入欄）下段の※の欄の入力もお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用日数 | 訓練のための経費 | 通所のための経費 | 合計金額 |
| 単　価 | 金　　額 | 単　価 | 金　　額 |
| ２２ 日 | １７５円 | 3,750円 | 235円 | 5,170円 | 8,920円 |

請求内訳（**代理請求の場合、記入必要なし。別紙を添付してください。**）

※訓練のための経費の月額上限は３，７５０円とする。

上記の利用日数について、事実と相違ないことを証明します。

令和７年１０月　１日　　事業所名　就労継続支援A型事業所　スギヒロ

　　　　　　　　　　　　　電話番号 （0565）34－6751　　担当者　杉 本

※事業所番号　2313409999　（最初の10桁）　※受給者証番号　0198765432