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**

　　年　　月　　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 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | （　　　　）　　　― |

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　　　　　　円（　　　年　　　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 |
| 日 | １７５円 | 円 | 円 | 円 | 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。

年　　月　　日　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　電話番号 （　　　）　　－ 　　　担当者

※事業所番号　　　　　　　　　　　　（最初の10桁）　※受給者証番号