

収受印

記入例

柏市身体障害者手帳交付診断料補助申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

柏市長 あて

申請者 住所 柏市柏5丁目10番1号

氏名 柏 花子

対象者との続柄 ( 妻 )

電話 04 ( 7167 ) 1136

次のとおり、身体障害者手帳交付診断料の補助を申請します。

対象者 (診断を受けた方)	住所	(〒277-8505) 柏市 柏5丁目10番1号
	フリガナ 氏名	カシワ タロウ 柏 太郎
	生年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
障害名 (該当する診断書に○印)	視覚 聴覚・平衡 音声言語・そしゃく 肢体不自由 <b>心臓</b> じん臓 呼吸器 ぼうこう 直腸 小腸 免疫 肝臓	
振込先	金融機関名	千葉 銀行 柏 支店
	口座番号 (普通)	1 2 3 4 5 6 7
	(フリガナ) 口座名義	カシワ ハナコ 柏 花子
補助額 (上限 5,000 円)	円	記入不要

ゆうちょ銀行の支店名は数字3桁で記入してください。

振込先は、家族等、対象者以外の口座でも可能です。

7桁で記入してください。6桁以下の場合は、左に0を記入してください。

- ※1 添付書類 医療機関発行の領収書原本 (文書料の記載があるもの) 文書料の記載がない場合は、明細書も添付してください。
- ※2 振込みは、申請を受け付けた月の翌月末です。
- ※3 柏市に住民登録がない方は対象外です。

※市処理欄	身体障害者手帳申請済	診断書による申請	
-------	------------	----------	--