

収受印

柏市身体障害者手帳交付診断料補助申請書

令和 年 月 日

柏市長 あて

申請者 住所

氏名

対象者との続柄 ()

電話 ()

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	(〒 -) 柏市
	フリガナ 氏名	
	生年月日	年 月 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 心臓 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 _____ 銀行 _____ 支店 _____ 口座番号 (普通) _____ (フリガナ) _____ 口座名義 _____	
補助額 (上限 5,000 円)	円	

※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	
-------	------------	----------	--