

記入例

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 柏市柏五丁目10番1号

氏名 柏 花子



対象者との続柄 (妻)

電話 04 (7167) 1111

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 (診断を受けた者)	住所	柏市 柏五丁目10番1号	
	氏名	柏 太郎	
補助申請額	5,000円 (5,000円まで)		該当する診断書に○を記入してください
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		ゆうちょ銀行の支店名は数字3桁で記入してください。支店番号が不明の場合は、カード記載の記号番号を記入してください。
振込先	金融機関名	千葉 銀行 柏	支店
	口座番号	(普) 1234567	
	(フリガナ) 口座名義	かろ はなこ 柏 花子	7桁で記入してください。6桁以下の場合は、左に○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(文書料の記載されているもの)

※2 補助金額は、5,000円が限度となります。

※3 振込みは申請月の翌月末です。