

## 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 <small>(診断を受けた者)</small>	住 所	柏市
	氏 名	
補助申請額	円 (5,000円まで)	
障 害 名 <small>(該当する診断書に○印)</small>	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)
	(フリガナ)	
	口座名義	

※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。