

柏市精神障害者保健福祉手帳交付診断料助成申請書

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、精神障害者保健福祉手帳交付診断料の助成を申請します。

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
助 成 申 請 額	円 (5 , 0 0 0 円まで)	
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	

- ※ 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）
- ※ 2 助成金額は、 5 , 0 0 0 円までとなります。
- ※ 3 振込みは、申請月の翌月末です。
- ※ 4 柏市に住民登録がない方は対象外です。

市処理欄※	精神保健福祉手帳申請済		診断書による申請	
-------	-------------	--	----------	--