

記入例

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 へ

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、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	(〒 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	平成 ○年 ○月 ○日
助成申請額	記入不要 円 (5,000円まで)	
振込先	金融機関名	千葉 銀行 柏 支店
	口座番号 (普通)	1234567
	(フリガナ) 口座名義	カシワ ハナコ 柏 花子

口座番号は7桁で記入
(6桁以下の場合は
左に0を記入)

家族等、対象者以外の
口座を指定することも可能

ゆうちょ銀行の支店は
数字3桁で記入

- ※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、5,000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
-------	-------------	----------