

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

柏市長 あて

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 (7 1 6 7) 1 1 3 6

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	(〒 2 7 7 - 8 5 0 5) 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	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
振 込 先	金融機関名	千葉 銀行 柏 支店	
	口座番号 (普通)	1 2 3 4 5 6 7	
	(フリガナ)	カシワ ハナコ	
	口座名義	柏 花子	
助 成 額 (上限 5,000 円)	円		記入不要

ゆうちょ銀行の支店名は
数字3桁で記入してください。

振込先は、家族等、対
象者以外の口座でも可
能です。

7桁で記入してくださ
い。
6桁以下の場合は、
左に0を記入してくださ

※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	精神障害者保健福祉手帳申請済	診断書による申請
-------	----------------	----------