

収受印

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
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	
助 成 額 (上限 5,000 円)	円	

※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	
-------	----------------	--	----------	--