

記入例

柏市身体障害者手帳交付診断料補助申請書

※住登外の方は制度対象外です

令和 〇 年 〇 月 〇 日

柏市長 あて

申請者 住所 柏市柏五丁目10番1号

氏名 柏 花子

対象者との続柄 (妻)

電話 04 (7167) 1111

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 (診断を受けた者)	住 所	柏市 柏五丁目10番1号
	フリガナ氏 名	カシワ タロウ 柏 太郎
	生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日
補助申請額	5,000 円 (5,000円まで)	
障 害 名 (該当する診断書に○印)	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	千葉 銀行 柏 支店
	口座番号	(普) 1234567
	(フリガナ)	カシワ ハナコ
	口座名義	柏 花子

該当する診断書に
○を記入してください

ゆうちょ銀行の支店名は
数字3桁で記入してください。
支店番号が不明の場合は、
カード記載の記号番号を
記入してください。

7桁で記入してください。
6桁以下の場合は、
左に0を記入してください。

※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。