

## 柏市身体障害者手帳交付診断料補助申請書

柏市長 へて 令和 年 月 日

申請者 住所  
氏名 ⑩  
対象者との続柄 ( )  
電話 ( )

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<br>(診断を受けた者)    | 住所                                                      | 柏市    |
|                     | フリガナ<br>氏名                                              |       |
|                     | 生年月日                                                    | 年 月 日 |
| 補助申請額               | 円 (5,000円まで)                                            |       |
| 障害名<br>(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<br>呼吸器 ぼうこう 直腸 小腸 免疫 肝臓 |       |
| 振込先                 | 金融機関名                                                   | 銀行 支店 |
|                     | 口座番号                                                    | (普)   |
|                     | (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。