

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
 氏名 (印)
 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
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
助成申請額	円 (5,000円まで)	
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	

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