

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 ○ 年 ○ 月 ○ 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、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	(〒277-8505) 柏市 柏五丁目10番1号
	ふりがな 氏名	かしわ たろう 柏 太郎
	生年月日	平成 ○ 年 △ 月 □ 日
助成申請額	5,000円 (5,000円まで)	
振込先	金融機関名	千葉 銀行 柏 支店
	口座番号	(普通) 1234567
	(フリガナ) 口座名義	かひ 花子 柏 花子

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、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。
- ※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	
-------	--	-------------	----------	--