

診断書料助成申請書

平成 年 月 日

伊達市社会福祉協議会長 様

〒 ー

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 024 ()

1. 診断を受けた者(取得者)

氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 年 月 日

2. 診断書の内容

- ・身体障害者手帳交付
- ・療育手帳交付
- ・精神障害者保健福祉手帳交付

3. 診断を受けた医療機関名

[_____ 診断月日 平成 年 月 日]

4. 診断書作成料

円 (消費税含む)

| | |
|-------|---|
| 交付決定額 | 円 |
|-------|---|

| | |
|------|------|
| 事務局長 | 本所担当 |
| | |

| | |
|-----|------|
| 支所長 | 支所担当 |
| | |

口座振込依頼

| | | |
|-------|------------------|----|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 JA | 支店 |
| 口座番号 | 1 普通 2 当座 | |
| フリガナ | | |
| 口座名義人 | | |