

様式第 1 号（第 6 条関係）

障害者手帳交付申請用診断書等取得費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝来市長 様

申請者氏名
(対象者との続柄)

朝来市障害者手帳交付申請用診断書等取得費助成金交付要綱第 6 条の規定により、
関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

また、貴職が、助成対象者の属する世帯の他の世帯員の課税状況について、随時確
認を行うことに同意します。

記

助成対象者氏名				生年月日		年 月 日	
住所 (電話)	朝来市 電話 ()						
申請金額		円					
申請の種類 該当の種類に○を付けてく ださい		身体障害者手帳 精神障害者保健福祉手帳 自立支援医療（精神通院医療・更生医療・育成医療） 補装具					
助成金については、下記の口座に振込みを依頼します。 なお、申請者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領に関する権限を委任 します。							
振込先金融機関名				支店名			
預金種別 該当の種別に ○を付けてく ださい	普通 貯蓄 当座	口座番号		ふりがな 口座名義人			

※診断書料を支払ったことが分かる書類（領収書の写し等）を添付してください。