

様式第1号（第6条関係）

障害者手帳交付申請用診断書取得費助成金支給申請書兼請求書

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取得費助成金支給要綱第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 自立支援医療（精神通院） 補装具		精神障害者福祉手帳 自立支援医療（更生医療・育成医療）		
<p>助成金については、下記の口座に振込みを依頼します。</p> <p>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。</p>					
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。