

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

- -

続柄 ()
※本人でない場合

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

- ・ 身体障がい者手帳交付
- ・ 療育手帳交付
- ・ 精神障がい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
-------	---

本所確認月日	本所担当
H	

支所受付月日	支所担当
H	

口座振込依頼 (通帳のコピーを添付して下さい)

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								