

様式第1号

平成 年 月 日

境町長 殿

申請者

住 所

氏 名 印

障害者手帳等診断料補助申請書

下記により障害者手帳等診断料の補助を受けたいので、境町障害者手帳等診断料補助事業実施要項第5条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

障 害 者	氏 名		年 月 日 生		性 別	
					男・女	
	住 所		申 請 者 との続柄			
診 断 書 の 使 用 使 途		1) 身体障害者手帳の交付申請 2) 精神障害者保健福祉手帳の交付申請 3) 精神障害者保健福祉通院医療費の公費負担申請				
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	性別	職 業	備 考
指 定 医 又 は 専 門 医	住 所					
	氏 名					
添 付 書 類	1) 診断書の写 2) 診断書代の領収書(写)					