

高石市手帳診断費用助成申請書

年 月 日

高石市長 様

申請者 住所 高石市

氏名 (印)

電話

下記により、高石市手帳診断費用助成を受けたく申請します。

対象者	氏名				
	住所	高石市	丁目	番	号
	生年月日	年	月	日生 (満)	性別 歳
世帯の状況等		・身体障害者手帳所持の有無	有	・無	
		・大阪府から再診断指示の有無	有	・無	
		・精神障害者保健福祉手帳所持の有無	有	・無	
受診内容	診断日	年	月	日	診断料 円
	医療機関名				
	指定医師名				
	障害種別	視・聴・音・そ・肢・心・呼・腎・ぼ・小・肝・精			

上記の助成の決定がありましたら、助成金を下記の口座に振込み依頼します。

氏名 (印)

指定口座	金融機関名	本支店名	預金種別	口座番号	口座名義 (フリガナ)
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	普通 当座 貯蓄		

※ 必ず医療機関の領収書を添付すること。

※ 障害種別略記の内容は次のとおりです。

視：視覚 聴：聴覚・平衡 音：音声言語 そ：そしゃく 肢：肢体不自由 心：心臓  
呼：呼吸器 腎：腎臓 ぼ：ぼうこう・直腸 小：小腸 肝：肝臓 精：精神障害

なお、手帳診断費用助成決定のため、本人及び扶養義務者の市町村民税課税台帳を閲覧することに同意します。

氏名 (印)