

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

小美玉市長 島田 幸三 様

申請者

住所

氏名

障がい者(児)との続柄 ( )

連絡先 ☎ — —

### 障がい者手帳等診断書料助成金交付申請書

小美玉市障がい者手帳等診断書料助成金交付要綱第4条の規定により、診断書料の助成を受けたいので、医療機関の領収書の写しを添えて申請します。

記

診断書種別 (番号に○ をつける。)	1. 身体障がい者手帳に係る診断書 2. 精神障がい者保健福祉手帳に係る診断書 3. 自立支援医療費(精神通院)支給認定に係る診断書	
障がい者・児	氏 名	( 男・女 )
	生年月日	T・S・H 年 月 日
	住 所	小美玉市
助成金申請額	円 (5,000円を上限とする。)	

\*1 診断書料領収書の写し(コピー)を添付してください。

\*2 この申請書は、障がい者手帳等の交付を受けた日から60日以内に提出してください。

様式第2号(第4条関係)

### 請求書兼口座振込依頼書

小美玉市長 島田 幸三 様

私は、障がい者手帳等診断書料助成金\_\_\_\_\_円を請求しますので、  
下記の口座に振込んでください。

年 月 日

請求者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(障がい者(児)との続柄 \_\_\_\_\_ )

銀行・支店コード番号									
振込先金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所				
預金口座及び 口座番号	普通・当座	口座番号							
フリガナ(必須)									
口座名義人	氏				名				

(裏面)

## 委 任 状

私は、\_\_\_\_\_を代理人として診断書料助成金を受取ることを委任します。

住所

氏名