別記様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　身体障害者手帳等交付申請用診断書料補助金支給申請書

　　　八幡市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【申請者】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　電話・FAX

続柄

　　　八幡市身体障害者手帳等交付申請用診断書料補助金支給要綱第4条に基づき、下記の

　　とおり補助金の支給を申請します。



口座名義人は申請者と同じ方の名前をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関コード  金融機関名 | | | | 支店コード  支店名 | | | 口座名義人のフリガナ | 種別 | 口座番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 普通  ・  当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 銀行  信金  信組  農協  労金 | | | |  | | |

**【必要添付書類】**

**診断書料の領収書**

手帳診断書料として病院・診療所に支払った金額を証明する書類。

　　　　領収印があり、診断書料・文書料などの記載があるもの。

　　　　明細書があれば添付してください。

別記様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　身体障害者手帳等交付申請用診断書料補助金支給申請書

　　　八幡市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【申請者】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　八幡市園内75

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　八幡　花子

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　電話・FAX　０７５-○○○-○○○○

続柄　　本人

　　　八幡市身体障害者手帳等交付申請用診断書料補助金支給要綱第4条に基づき、下記の

　　とおり補助金の支給を申請します。



補助金限度額は2,000円です。

診断書の支払いが2,000円を超えた場合、2,000円と記入してください。

診断書の支払いが2,000円以下の場合は、支払った金額を記入してください。

２，０００

**八幡　花子**

1

1

H10

口座名義人は申請者と同じ方の名前をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関コード  金融機関名  **9900** | | | | 支店コード  支店名  **448** | | | 口座名義人のフリガナ | 種別 | 口座番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | **ヤワタ　ハナコ** | 普通  ・  当座 |  |  | 0012345 |  |  |  |  |
| 銀行  信金  **ゆうちょ**  信組  農協  労金 | | | | **四四八** | | |

口座名義人のフリガナを記載してください。

**【必要添付書類】**

**診断書料の領収書**

手帳診断書料として病院・診療所に支払った金額を証明する書類。

　　　　領収印があり、診断書料・文書料などの記載があるもの。

　　　　明細書があれば添付してください。

別記様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　身体障害者手帳等交付申請用診断書料補助金支給申請書

　　　八幡市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【申請者】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　八幡市園内75

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　八幡　太郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　電話・FAX　０７５-○○○-○○○○

続柄　　　夫

　　　八幡市身体障害者手帳等交付申請用診断書料補助金支給要綱第4条に基づき、下記の

　　とおり補助金の支給を申請します。



補助金限度額は2,000円です。

診断書の支払いが2,000円を超えた場合、2,000円と記入してください。

診断書の支払いが2,000円以下の場合は、支払った金額を記入してください。

２，０００

**八幡　花子**

1

1

H10

口座名義人は申請者と同じ方の名前をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関コード  金融機関名  **9900** | | | | 支店コード  支店名  **448** | | | 口座名義人のフリガナ | 種別 | 口座番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | **ヤワタ　タロウ** | 普通  ・  当座 |  |  | 0012345 |  |  |  |  |
| 銀行  信金  **ゆうちょ**  信組  農協  労金 | | | | **四四八** | | |

口座名義人のフリガナを記載してください。

**【必要添付書類】**

**診断書料の領収書**

手帳診断書料として病院・診療所に支払った金額を証明する書類。

　　　　領収印があり、診断書料・文書料などの記載があるもの。

　　　　明細書があれば添付してください。