

様式第 1 号

身体障害者手帳交付申請に伴う診断書料助成申請書

年 月 日

福祉事務所長 様

身体障害者手帳申請に伴う診断書料の助成を申請します。  
なお、診断書料助成が決定したのち、助成金の請求及び受領については、医療機関に委任します。  
この申請に関して、生活保護の受給状況を貴福祉事務所が確認することに同意します。

申請者住所

区 町 丁目 番 号

申請者氏名

(男・女)

生年月日 明  
大 年 月 日  
昭  
平  
令

助成額 診断書料の生活保護法に基づいて支払われる額を除いた残りの額

医療機関名

令和 年 月 日

決 裁	課 長	係 長	担 当

下記のとおり助成してよろしいか。

診断書料助成額 円