

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

様式第2号

(公印省略)

第 号

令和 年 月 日

様

神戸市 福祉事務所長

身体障害者手帳交付申請に伴う診断書料助成決定通知書

令和 年 月 日付で申請のありました診断書料助成申請につきまして、次のとおり決定しましたのでお知らせいたします。

助成額	円
医療機関名	

本通知のお問い合わせ先

区保健福祉部健康福祉課

電話 078- -

様式第3号

(公印省略)

第 号

令和 年 月 日

様

神戸市 福祉事務所長

身体障害者手帳交付申請に伴う診断書料助成却下通知書

令和 年 月 日付で申請のありました診断書料助成申請につきまして、審査の結果、下記の理由により却下となりましたので通知します。

記

理由

[ ]

本通知のお問い合わせ先

区保健福祉部健康福祉課

電話 078- -

身体障害者手帳交付申請に伴う診断書料助成請求書

年 月 日

福祉事務所長 様

医療機関の所在地  
 名 称  
 院（所）長氏名

※ 債権者登録を行っている場合は、届出の内容で記載してください。

年 月 日交付第 号により依頼された検診について  
 記のとおり請求いたします。

検診を受けた者の居住地（ 区 町 ）			
氏 名		（ 歳 ） 男・女	
請 求 額	診 断 書 料 ①	円	(検査名等)
	生 活 保 護 法 による支払額②	円	
	合 計 (①－②)	円	

振込先を記入してください。

口座 振替 依頼 欄	銀行名	銀行 金庫	支店名	支店
	預 金 種 目	1. 普 通 2. 当 座	口 座 番 号	
	口座名義 (カナ) 30字以内			

- (注) 1. この請求書により直接福祉事務所あて請求してください。  
 2. 「検診書」の作成については文書料として請求できません。  
 3. 助成の対象となるのは診断書料が生活保護法による支払上限額を超えるときに  
 限ります。