



※本人署名の場合、
押印省略可

障害者福祉診断書料助成申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長

住 所

申請者 氏 名

印

※本人署名の場合、押印を省略できます。

電 話 ()

診断書料の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請金額(診断書料)

円

※手帳申請時の助成上限3,500円、診断書の領収書等添付

2 (1) 身体障害者手帳交付診断書料

(2) 精神障害者保健福祉手帳交付診断書料又は精神障害認定診断書料

※自立支援医療(精神通院医療用)診断書料は、助成対象外

(3) 障害者福祉サービス診断書料

助成金振込金融機関

銀行

..... 信金

..... 支店

農協

..... 支所

口座番号

.....

ふりがな
名義人

.....

※振込みは申請の翌月末を予定しています。

受付印

