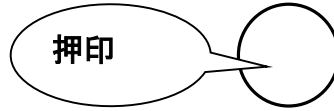


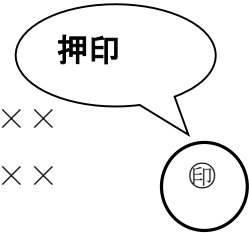
別記様式（第3関係）



障害者手帳交付申請等に係る診断書料補助金交付申請及び請求書

年 月 日

久慈市長 様



住所 久慈市×××

氏名 ○○ ×××

障害者手帳交付申請等に係る診断書料補助金の交付を受けたいので、補助金交付規則により、補助金 円の交付の申請及び請求をします。

手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		
申請の区分	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 更新		
手帳交付申請等予定年月日	年 月 日		
診断書を受けた者	氏名	○○ ×××	
	生年月日	年 月 日	
口座振替	名義人	○○ △△△(カタカナで記載ください)	
	金融機関名	種目	口座番号
	○×銀行 ○○支店	普通 当座	1234567

備考 診断書を受けたものが20歳未満の場合は、保護者が申請者となること。
診断書(文書)料領収書及び通帳の口座番号の分かる書類(通帳の写し等)を添付ください。

※補助金交付 決定額	円
---------------	---

課長	係長	発議者

上記のとおり補助金交付決定してよろしいか。