

様式第1号(第4条関係)

身体障害(児)者診断書料等補助金交付申請書

平成 年 月 日

日高市福祉事務所長 様

申請者 住 所  
氏 名 印  
電話番号

身体障害(児)者診断書料等補助金交付要綱に基づき次のとおり申請します。

障害(児)者氏名		生年 月日	明・大 年 月 日 昭・平
障害(児)者住所	日高市	性 別	男 女
診断を必要とした理由	1 身体障害者手帳交付申請のため 2 障害程度変更のため 3 その他		
障害の内容	視覚・聴覚・平衡・音言・そしゃく・肢体・心臓・じん臓・呼吸器・膀胱・小腸		
交付申請額	円		

領 収 書			
金 <u>                    </u> 円也			
(内訳)			
診断料	円	診断書料	円
上記のとおり領収しました。			
平成 年 月 日			
様			
医療機関所在地			
名 称			
氏 名			
印			

様式第1号(第4条関係)

青字の部分は医療機関で記入してもらいます。

身体障害(児)者診断書料等補助金交付申請書

平成14年4月1日

日高市福祉事務所長 様

申請者 住所 日高市南平沢1020  
氏名 日高 町男 印  
電話番号 89-2111

身体障害(児)者診断書料等補助金交付要綱に基づき次のとおり申請します。

障害(児)者氏名	日高 町男	生年	明・大
		月日	昭・平 48年6月1日
障害(児)者住所	日高市南平沢1020	性別	男
診断を必要とした理由	1 身体障害者手帳交付申請のため 2 障害程度変更のため 3 その他		
障害の内容	視覚・聴覚・平衡・音言・そしゃく・ <del>肢体</del> 心臓・じん臓・呼吸器・膀胱・小腸		
交付申請額	5,000円		

領 収 書			
金 8,900 円也			
(内訳)			
診断料	5,600円	診断書料	3,300円
上記のとおり領収しました。			
		平成 14年 3月28日	
日高 町男 様			
医療機関所在地	毛呂山町毛呂本郷111		
名 称	毛呂山大学病院		
氏 名	医師	毛呂 町子	印