

障害（児）者診断書料等補助金交付申請書

年 月 日

（あて先）日高市福祉事務所長

住 所
申請者
氏 名

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	年 月 日
障害（児）者住所	日高市		
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 身体障害程度変更のため 3 精神障害者保健福祉手帳交付申請のため 4 精神障害者保健福祉手帳更新申請のため 5 精神障害者等級変更のため 6 その他		
障 害 の 内 容	視覚・聴覚・平衡・音声言語そしゃく・肢体・心臓・じん臓・呼吸器 ぼうこう直腸・小腸・免疫・精神		
交 付 申 請 額	円		

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