

年 月 日

診断書料助成申請書

(宛先) 小金井市長

申請者

住 所 小金井市 町 丁目 番 号

氏 名

電 話 ( )

身体障害者手帳等の取得に係る診断書料について、助成を受けたいので、小金井市身体障害者手帳等の取得に係る診断書料助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

障害者氏名			申請者との続柄	
障害種別	視・聴・言・肢・心・腎・呼・直・膀・小・肝・精・免			
医療機関及び 医師名	病院 (医院)		医師	
申請額	診断書料	限度額	申請額	
	円	3,000円	円	
預金口座	銀行		支店	普通・当座
	名義 (カタカナ)		口座番号	

※ 医療機関発行の領収書を添付し、申請してください。

※ 生活保護受給者及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定による支援給付受給者は、診断書料の助成対象となりません。