

記載例

年 月 日

(申請先)土浦市長

本人又は同居親族の方が
ご申請ください。

申請者 〒300-0000

日中に連絡のつく電話番号を
ご記載ください。

住 所 土浦市大和町1-1

氏 名 土浦 つちまる

電 話 029 (000) 0000

土浦市障害者手帳交付申請用診断書料助成申請書

障害者手帳交付申請用診断書料の助成を受けたいので、土浦市障害者手帳交付申請用診断書料助成要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

障 害 者	氏 名	土浦 つちまる		S64年 1月 1日生				
	住 所	土浦市大和町1-1		申請者との 続柄	本人			
障 害 区 分	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳							
診 断 書 料	8,000 円							
振 込 先	金 融 機 関	土浦 (銀行・金庫)		つちまる (本店・支店)				
	口 座 番 号 (普通・当座)	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	ツチウラ		ツチマル				
	口座名義人	土浦		つちまる				

* 添付書類 診断書料領収書の写し

必ず添付してください。

障害者本人、又は同居親族の
口座に限ります。