

様式第 1 号 (第 3 条関係)

年 月 日

(宛先) 春日市長

(申請者)

住所

氏名

対象者との続柄 ()

電話番号

春日市身体障害者手帳等交付申請文書料補助申請書

春日市身体障害者手帳等交付申請文書料の補助に関する規則第 3 条第 4 項の規定により、文書料の補助を申請します。ただし、請求については福祉支援課長に、受取については下記口座名義人に、それぞれ委任します。

また、補助の決定に当たり、対象者の属する世帯全員の住民基本台帳及び市県民税の課税台帳の閲覧に同意します。

診断書種別 (番号に を つける。)	1 身体障害者手帳の申請に係る診断書 2 精神障害者保健福祉手帳の申請に係る診断書		
対象者	氏 名		性別
	生年月日	年 月 日	
	住 所	春日市	
補助申請額	円		
振込先	金融機関	(銀行・農協)	(支店)
	口座番号	(普通・当座)	
	フリガナ 口座名義人		

当該申請に係る文書料の領収書 (医療機関が発行したもの) を添付してください。

【市記入欄】

審 査	決 定 却 下	市民税 所得割額	申請者	
			申請者の世帯員	