

吹田市身体障害者手帳診断料助成金支給申請書兼口座振込依頼書

年 月 日

吹田市長 あて

申請者 住 所 吹田市 \_\_\_\_\_

(対象者) 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_  
(FAX) \_\_\_\_\_

助成対象者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

次のとおり身体障害者手帳診断料助成金の支給を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。  
なお、私及び私以外の世帯の者は、この申請に係る審査のために市職員が市町村民税の課税内容について調査することに同意しています。

支 給 申 請 額		金 円					
助成対象者	フリガナ					性 別	男 ・ 女
	氏 名						
	住 所	吹田市	電話(FAX)				
受 診 年 月 日	年 月 日						
医 療 機 関 名							
障 害 区 分	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡 <input type="checkbox"/> 音声・言語 <input type="checkbox"/> そしゃく <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 膀胱・直腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 免疫						
指 定 医 師 名							
振 込 先	銀行	預金種別	普 通 当 座				
		口座番号					
	支店	フリガナ					
		口座名義					
新 規 交 付 ・ 再 交 付							

捨印

※ 振込先口座名義が助成対象者と異なる場合は記入してください。

私は、身体障害者手帳診断料助成金について、申請者である( \_\_\_\_\_ )に振込むことに同意します。

助成対象者氏名 \_\_\_\_\_ 印