

記入例

年 月 日

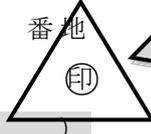
(宛先) 高松市長

申請者
〒760-0017

住所 高松市 番 町1丁目 8 番15号

氏名 ① 高松 さつき

(電話 839-2333)



印鑑押印
(鮮明に)

※昼間にご連絡がとれる番号を記入

高松市

障害者手帳等申請用
申請用診断書作成料助

◇ ①、②、③は、原則、手帳交付を受ける人を記入してください。

◇ 手帳交付を受ける人が18才未満の場合、①、③は保護者、②は手帳交付を受ける児童を記入してください。

手帳交付を受ける者 (氏名)	② 高松 さつき		申請者との続柄	本人
手帳交付を受ける者の住所	高松市番町1丁目8番15号			
生年月日	明治 昭和	大正 平成	15年 2月 15日	
申請の区分 (いずれかに○を記入)	<input type="radio"/> 1 身体障害者手帳の再認定 <input checked="" type="radio"/> 2 精神障害者保健福祉手帳の更新 <input type="radio"/> 3 自立支援医療費(精神通院医療)支給の再認定			
診断を受けた医療機関名 (病院名)	高松市立中央		病院・医院	
振込口座	高松	銀行 信用金庫 信用組合 農協	市役所	本店 支店 出張所
	フリガナ		タカマツ	サツキ
	口座名義人	③ 高松 さつき		
		種目	口座番号	
		普通預金	1	234567

注

- 添付書類として、診断書作成料の領収書(原本)を添付してください。
- 助成額は、診断書作成料の額としますが、申請の区分1及び2については5,000円、3については3,000円が上限額となります。

-----以下の欄には記入しないでください-----

振込	診断書作成料の領収書原本を添付してください	円
手帳 (身手・料)		
備考		