

(様式第 1 号)

身体障がい者手帳診断料請求書

金 _____ 円也

受診年月日	年 月 日	新・再
障がい種別	視覚・聴覚平衡・音声言語・そしゃく・肢体不自由 心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう直腸・小腸・免疫・肝臓	
医療機関名		
指定医師名		

上記のとおり請求いたします。
また、診断料の支給決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、生活保護受給状況等について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

年 月 日

和泉市長 様

請求者住所 和泉市

氏名 _____

※自署しない場合は、記名押印をしてください。

振込先金融機関名	預金種目	口座番号	口座名義
銀行・信用金庫 信用組合・農協	普通		フリガナ
支店 支所	当座		氏名