

様式第1号（第4条関係）

平成 年 月 日

岩美町長 様

申請者 住所 岩美町大字
氏名 ⑩
障がい者との続柄（ ）

岩美町障害者手帳交付診断書料助成金請求書

岩美町障害者手帳交付診断書料助成金交付要綱第4条の規定により、助成金の交付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて請求します。

また、岩美町障害者手帳交付診断書料助成金の支給決定にあたり、担当職員が、当該障がい者が属する世帯全員の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承認します。

記

助成金請求額 円

障がい者	氏名		
	生年月日	年	月 日
対象となる診断書		1 身体障害者手帳の診断書 2 精神障害者保健福祉手帳の診断書	
診断書の作成年月日		平成	年 月 日
診断書を作成した医療機関		医療機関名	
		所在地	
診断書料		円	

..... ここから下には記入しないでください。

【行政庁記入欄】

岩美町障害者手帳交付診断書料助成金交付要綱第2条に規定する助成対象者であることを確認しました。

平成 年 月 日 調査者氏名 ⑩

.....