

様式第1号(第5条関係)

東海村身体障害者診断書料助成金交付申請書

年 月 日

東海村長 様

対象者 住所
氏名 ⑩
電話

※保護者 氏名 (男・女)
生年月日 年 月 日

東海村身体障害者診断書料助成要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

申 請 額	円
医 療 機 関 名	
指 定 医 師 氏 名	
診 断 書 作 成 年 月 日	年 月 日
添 付 書 類	1 医療機関の領収書 2 診断書の写し

※対象者が15歳未満の場合は、保護者が申請者になります。

上記の診断書料助成金を下記の口座に振り込んでください。

振 込 先	金融機関名	(銀行・信組・信金・農協)
	支 店 名	(本店・支店)
	口 座 種 別	1 普通 2 当座
	口 座 番 号	
	フリガナ 口座名義人	-----

助 成 決 定 額	交付決定 の決裁欄	課 長	課長補佐	係 長	担 当
円					