

八千代市精神障害者診断料助成申請書

助成対象者	氏名															
	生年月日	年	月	日生	生活保護受給	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無							
	住所	八千代市														
手帳申請区分		<input type="checkbox"/>	新規	<input type="checkbox"/>	更新(手帳番号)
振込先	金融機関名				金融機関コード				本支店名				支店コード			
	口座種別		口座番号				口座名義 (カタカナ) ※氏名の間は1マス 開けてください									
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座															
上記の通り、八千代市精神障害者診断料助成要綱第4条第1項の規定により診断料の助成を申請します。																
令和 年 月 日																
(宛先)八千代市長																
申請者	<input type="checkbox"/>	助成対象者と同じ(以下の記入は不要)														
	<input type="checkbox"/>	助成対象者以外(助成対象者との続柄:)														
	氏名															
	住所	八千代市														
電話番号																
確認欄	<input type="checkbox"/> 私(申請者)は、対象者の同意を得て上記口座を指定します。 ※申請者が対象者ではなく、かつ本人以外の口座を指定する場合のみチェックを入れてください。															

備考 診断書の使用目的が精神障害者保健福祉手帳の交付等の申請であること及び診断料の額を証明できる書類を添付してください。

市記入欄

手帳申請日							手帳進達日						
診断料額						円	助成額						円 (上限額5,000円)

八千代市精神障害者診断料助成申請書

助成対象者	氏名	八千代 太郎												
	生年月日	平成	3	年	3	月	3	日生	生活保護受給	<input type="checkbox"/>	有	<input checked="" type="checkbox"/>	無	
	住所	八千代市 大和田新田312-5												
		007パート×号室												
手帳申請区分	<input type="checkbox"/>	新規	<input checked="" type="checkbox"/>	更新(手帳番号	1	2	3	4	5	6	7)		

振込先	金融機関名				金融機関コード				本支店名			支店コード		
	△△銀行				1	2	3	4	八千代支店			5	6	7
	口座種別		口座番号				口座名義 (カタカナ) ※氏名の間は1マス 開けてください		ヤ	チ	ヨ	タ	ロ	ウ
	<input checked="" type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	当座	8	9	0	1	2	3	4			

上記の通り、八千代市精神障害者診断料助成要綱第4条第1項の規定により診断料の助成を申請します。

令和 5年 6月 7日

(宛先)八千代市長

申請者	<input type="checkbox"/>	助成対象者と同じ(以下の記入は不要)
	<input checked="" type="checkbox"/>	助成対象者以外(助成対象者との続柄: 母)
	氏名	八千代 花子
	住所	八千代市 大和田新田312-5
	電話番号	047-000-XXXX
確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 私(申請者)は、対象者の同意を得て上記口座を指定します。 ※申請者が対象者ではなく、かつ本人以外の口座を指定する場合のみチェックを入れてください。	

備考 診断書の使用目的が精神障害者保健福祉手帳の交付等の申請であること及び診断料の額を証明できる書類を添付してください。

市記入欄

手帳申請日	R	0	5	0	6	0	7	手帳進達日	R	0	5	0	7	0	1
診断料額		5	,	5	0	0	円	助成額		5	,	0	0	0	円

(上限額5,000円)