

(様式第1号)

### 身体障害者手帳交付診断料支給申請書

※ 申請者が記入	尼崎市長 あて		令和 年 月 日			
	対象者が18歳以上の場合は本人、対象者が18歳未満の場合は保護者					
	住所	尼崎市		電話	—	
	ふりがな		生 年 日	T・S・H・R		
	氏 名		月 日	年 月 日		
対 象 者	対象者が18歳未満の場合のみ記入		申請者との続柄			
	ふりがな		生 年 日	H・R		
	氏 名		月 日	年 月 日		
※ 必ず医療機関で記入してください (領収書で明細がわかる場合は医療機関の証明は不要です)	傷 病 名					
	領 収 明 細 書	診 断 料	初 診 料		円	
			検 査 料		円	
			文 書 料		円	
			領 収 明 細 書 料	<small>※この診断料内訳欄の記入に係る文書料を求めた場合に記載してください。</small>		円
			そ の 他			円
		合 計			円	
	上記のとおり領収したことを証します。 令和 年 月 日 医療機関所在地、名称 及び代表者氏名  印					

上記のとおり身体障害者手帳交付診断料の支給申請をします。

身体障害者手帳交付診断料支給決定に係る審査のため、私及び私の世帯の住民登録資料、所得に関する税務資料等の調査を承諾します。

本人氏名

個人番号:

配偶者氏名

個人番号:

世帯員氏名

個人番号:

世帯員氏名

個人番号:

世帯員氏名

個人番号:

世帯員氏名

個人番号:

## 身体障害者手帳交付に伴う診断料支給にあたっての注意事項

- 1 身体障害者手帳交付に伴う診断料の支給を受けられるのは、次の事項に該当する者に限られます。
  - (1) 市民税非課税世帯であること。
  - (2) 診断料が20,000円を超えていること。
- 2 支給する診断料は、負担された金額より20,000円を差し引いた金額となります。
- 3 支給決定後、ご指定の金融機関口座へ振り込みをします。