

身体障害者手帳診断料支給申請書兼同意書

年 月 日

(あて先) 八尾市長

申請者 住所 八尾市本町1-1-1

手帳の申請をされる、本人のお名前をご記入ください。
※本人が15歳未満の場合は保護者のお名前になります。

氏名 八尾 花子

電話 072-924-38838

八尾市身体障害者手帳無料診断制度実施要綱第4条に基づき診断料の支給を申請します。なお、八尾市身体障害者手帳診断料の支給に関して、本人を含む世帯の市民税課税に関する情報及び生活保護受給台帳の確認調査を行うことに同意し、支給が決定した場合は下記指定口座に口座振替を依頼します。

また、支給の適否を判断するために必要な場合は、身体障害者手帳の申請に関する診断を実施した医療機関に対し、本申請に係る情報提供並びに検査の内容等の照会に同意します。

対象者 ※申請者と対象者が異なる場合のみ記入	
手帳診断料	円
診断書作成年月日	年 月 日
医療機関	
障がいの種別	勝・直・小・免・肝

本人名義の口座をご記入ください。
※本人が15歳未満の場合は、上記の申請者である保護者名義の口座をお書きください。

新規

金融機関名	銀行 信用金庫 〇〇〇 農協 信用組合 (銀行コード)	支店 △ △ (支店コード)
フリガナ	ヤオ ハナコ	口座番号
口座名義	八尾 花子	普通 当座 1 2 3 4 5 6 7