

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 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

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 名	
障 が い の 種 類	肢・視・聴・言・咀・平・心・呼・腎・膀・直・小・免・肝

新規 再交付

金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協 信用組合 (銀行コード )	支店 (支店コード )
フリガナ		
口 座 名 義	普通・当座	口座番号