

様式第3号(第4条関係)

堺市精神障害者保健福祉手帳診断書料非給付決定通知書

年 月 日

様

堺 市 長



年 月 日付けで申請のあった精神障害者保健福祉手帳の交付に係る
診断書料について、下記の理由により給付しないこととしたので通知します。

記

対象者に該当しない者の氏名

理 由