

() 発行
(受付番号 -)

様式第6号(第6条関係)

堺市精神障害者保健福祉手帳診断書料請求書(償還払い用)

年 月 日

請求者 住所

※障害者本人以外の口座への振込を希望される場合

氏名

①未成年者の親権者口座へ振込希望される場合…
氏名欄に、『<○○○○> 親権者 <●●●●>』
本人氏名 親権者氏名
と記入してください。

障害者との続柄()

②その他の場合…別紙委任状が必要です。

連絡先 ()

次のとおり請求します。

なお、支払金については、次の金融機関の預金口座に振り込んでください。

請求金額		内 訳	診断書交付証明書又は別添領収書のとおり
振込先	銀行		支店
口座番号	普・当	口座名義人 (カタカナで)	

様式第7号(第6条関係)

診断書交付証明書

障害者氏名	() 歳
精神疾患の病名	
診断書料	
診断書料領収年月日	年 月 日
上記のとおり相違ありません。	
年 月 日	
所在地	
医療機関 名 称	
院長氏名	