

様式第2号(第4条関係) () 発行
(受付番号 -)

堺市精神障害者保健福祉手帳診断書無料券

様について、精神障害者保健福祉手帳の交付に係る診断書を無料で交付してください。なお、診断書料については、次の請求書に基づき本市が支払います。

年 月 日

堺市長

印

院長様

(※無料券の有効期間は発行日から3か月以内とします。)
(点線で切り離し、請求書を送付して下さい。無料券は、病院側の控えとしてお使い下さい。)

印

() 管轄
(受付番号 -)

様式第4号(第5条関係)

堺市精神障害者保健福祉手帳診断書料請求書

障 害 者 氏 名	() 歳
精神疾患の病名	
診 断 書 料	円

上記のとおり請求します。

年 月 日

所 在 地

医療機関 名 称

院長氏名

堺市長殿

※請求者が自署しない場合又は法人である場合は、記名押印をしてください。

起案日	平成 年 月 日	本件適当と認められるので、支払ってよろしいか。				
決定日	平成 年 月 日	精神保健課長	課長補佐	係長	主査	起案者
決定金額	円					