

受 付 番 号		下記のとおり申請がありましたので、請求書を 交付 ・ 不交付 してよろしいか。				
受 付 日	年 月 日	所 長	次 長	主 幹	係 長	係
起 案 日	年 月 日					
決 裁 日	年 月 日					

様式第5号(第6条関係)

堺市精神障害者保健福祉手帳診断書料給付申請書(償還払い用)

年 月 日

堺 市 長 殿

申請者 住所

氏名

障害者との続柄()

連絡先 ()

堺市精神障害者保健福祉手帳診断書料給付要綱第6条第1項の規定により、堺市精神障害者保健福祉手帳の交付に係る診断書料の給付を申請します。

障 害 者 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生	年 齢	歳
居 住 地	電話 ()		
医 療 機 関			

障害者の世帯員の状況

氏 名	生年月日	氏 名	生年月日

※課税状況確認承諾欄

年 月 日

堺市長 殿

堺市において必要があると認めるときは、上記世帯員について、税務担当課に課税状況等について確認されることに同意します。

このことは、上記世帯員の同意を得ています。

申請者 住所

氏名

(注)申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

※担当者記入欄

審 査 結 果	☐ 対象者として適当 ☐ 対象者として適当でない
証 明 書 類	☐ 住民税課税証明書 または 市民税・府民税非課税のお知らせ ☐ その他()
確 認 年 月 日	年 月 日
確 認 者	