

( ) 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。

※請求者が自署しない場合は、記名押印してください。

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<br>(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

※証明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        |                         |      |    |    |     |