

### 堺市身体障害者手帳診断書料請求書

障害者氏名 (対象者)	(            歳)	受 診 日	1	年	月	日
			2	年	月	日
			3	年	月	日
診 断 書 料				円	審 査	
請 求 金 額				円		円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関    名 称</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">①</p> <p>堺 市 長 殿</p>						

太枠の中を記入してください。法人医療機関の場合、請求時に法人印及び代表者の方の印鑑を押印してください。  
また、訂正をされた場合、その個所は必ず請求印と同一印鑑の訂正印を押印してください。