

## 堺市身体障害者手帳診断書無料交付申請書（償還払用）

年 月 日

堺市長 殿

無料交付申請者 住所 堺市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

無料交付希望者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）

堺市身体障害者手帳に要する診断書の無料交付に関する要綱第6条第1項の規定により、診断書料の償還払を受けたいので、次のとおり無料交付（償還払用）を申請します。

無料交付希望者氏名		生 年 月 日	年 月 日
住所（居所）	<input type="checkbox"/> 無料交付申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> _____		
指定医療機関 の名称			
障 害 部 位	視覚 聴覚又は平衡 音声言語又はそしゃく 肢体不自由 心臓 じん臓 呼吸器 ぼうこう又は直腸 小腸 免疫 肝臓		