

堺市身体障害者手帳診断書料支給請求書

診断書料無料交付申請年月日	年 月 日
診断書料無料交付決定番号	年 月 日付け堺 第 号

（ 堺 市 記 入 欄 ）

年 月 日

堺 市 長 殿

無料交付請求者 住所 堺市 _____

氏名 _____ 印 _____

障害者（対象者）との続柄（ ）

次のとおり請求します。

なお、支払金については、下記金融機関の預金口座に振り込んでください。

請求金額	円	診断書料明細書のとおり
振込先	銀行 _____ 支店 _____	
口座番号	普・当 貯 蓄	口座名義人 (カタカナで)