

様式第7号（第6条関係）

| 診断書料明細書<br>（太線内に指定医療機関で記入を受けること。明細書等の添付があれば記載不要。） |       |     |                               |
|---|-------|-----|-------------------------------|
| 障害者氏名<br>（対象者）                                    | （ 歳）  | 受診日 | 1 年 月 日<br>2 年 月 日<br>3 年 月 日 |
| 診 断 書 料   | 円     | 審 査 |                               |
| 領 収 金 額   | 円     | 円   |                               |
| 領 収 日   | 年 月 日 |     |                               |
| 上記のとおり相違ありません。                                    |       |     |                               |
| 年 月 日   |       |     |                               |
| 所在地   |       |     |                               |
| 指定医療機関 名 称  |       |     |                               |
| 氏 名   |       |     |                               |
| ⑩   |       |     |                               |