

様式第 1 号(第 4 条関係)

年 月 日

五霞町長

様

住所
申請者
氏名
対象者との続柄
電話番号

五霞町障害者手帳等申請診断書料助成申請書

障害者手帳等申請診断書料の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

対象者	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生	
	住 所	茨城県猿島郡五霞町	
	電 話	()	
	携帯電話	()	
種 類	1 身体障害者手帳の交付申請のため 2 精神障害者保健福祉手帳の交付申請のため		

添付書類

- ・ 診断書料が分かる領収書