

大田原市長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

（本人が満18歳未満の場合は保護者）

大田原市障害者手帳等診断書料助成金交付申請書

大田原市障害者手帳等診断書料助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

助成対象者	ふりがな		生年月日	
	氏名	(申請者と同一のときは省略可)	年 月 日	
	住所	(申請者と同一のときは省略可)	申請者との続柄	
障害者手帳等の区分 (該当項目を○で囲む。)		1 身体障害者手帳 2 精神障害者保健福祉手帳 3 自立支援医療受給者証 (精神通院医療)	診断書における障害の程度	級
助成額		円		

添付書類

- 1 医療機関名、支払日、支払金額が確認できる対象者若しくは申請者宛の領収書又はこれに類するもの
- 2 大田原市障害者手帳等診断書料助成金請求書（様式第2号）
- 3 その他市長が必要と認める書類

申請に当たり、市が私及び世帯員の市税等の納付状況を確認することに同意いたします。

氏名 ⑩