

別記様式（第4条関係）
門真市身体障害者手帳診断料請求書

門真市長 様

令和 年 月 日
〒
住所
請求者氏名
電話番号
受診者との続柄 ☐ 本人 ☐ その他()

下記のとおり請求します。また、支給決定するに当たり、門真市福祉事務所長が私及び同一世帯にある者の所得状況等について、調査することに同意します。

記									
受診者名	☐ 請求者本人と同じ								
受診者生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日								
診断料支払年月日	令和 年 月 日								
指定医療機関名									
指定医師名									
診断科目	視覚・聴覚または平衡・音声言語またはそしゃく・肢体・心臓 じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸・免疫・肝臓								
交付状況	新規 ・ 再交付								
診断料	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr></table>								円
							円		
振込先	<table><tr><td>銀行</td><td></td></tr><tr><td>信用金庫</td><td></td></tr><tr><td>信用組合</td><td></td></tr><tr><td>協同組合</td><td>支店</td></tr></table>	銀行		信用金庫		信用組合		協同組合	支店
銀行									
信用金庫									
信用組合									
協同組合	支店								
預金種別	普通 ・ 当座								
口座番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
口座名義人(漢字)									
(カタカナ)									
委任状欄 (本人口座以外の場合)	<table><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>上記診断料の受領に関する一切の権限を</td></tr><tr><td>に委任します。</td></tr><tr><td>受診者 住所</td></tr><tr><td>氏名</td></tr></table>	年 月 日	上記診断料の受領に関する一切の権限を	に委任します。	受診者 住所	氏名			
年 月 日									
上記診断料の受領に関する一切の権限を									
に委任します。									
受診者 住所									
氏名									