

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

受診者が原則請求者です。
代理人に委任する場合は、
代理人についてをご記入
ください。下の委任状欄も

令和 7 年 7 月 7 日
〒〇〇〇-〇〇〇〇
住所 門真市中町1-1
請求者氏名 門真 太郎
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
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	50年	5月 5日
診断料支払年月日	令和			7年	7月	1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			5	5	0	0円

請求者の口座を記載し

銀行
信用金庫
信用組合
協同組合
門真 支店
〇〇
普通 ・ 当座

口座番号	1	1	1	1	1	1	1
------	---	---	---	---	---	---	---

口座名義人(漢字)	門真 太郎
(カタカナ)	カドマ タロウ

委任状欄 (本人口座以外の場合)	年 月 日
	上記診断料の受領に関する一切の権限を 氏名 に委任します。
	受診者 住所
	氏名

受診者本人以外に委任
する場合のみ記載してく