

障 害 者 手 帳 診 断 料 請 求 書

請求金額	万	千	百	十	円												
受診年月日	年 月 日																
医療機関名	病（医）院 診 療 所																
診療科目	科																
指定医師名	医師																
上記のとおり請求します。 年 月 日 島 本 町 長 様 請求者 住 所 氏 名 ⑩																	
※注意事項 1. 医療機関の領収書を添付すること。 2. 支給範囲は、手帳交付を受けるために必要な診断料・検査料であって、注射、投薬料等の治療費は含まない。																	
送 金 依 頼 書 <table border="1"> <tr> <td>振込先金融機関名</td> <td>預金種別</td> <td>普 通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄</td> </tr> <tr> <td>銀行・信用金庫</td> <td>口座番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>農業協同組合</td> <td>フリガナ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>本店・支店・出張所</td> <td>口座名義</td> <td></td> </tr> </table> 上記のとおり振込みを依頼いたします。 この振込みがなされたときは、その金額にかかる債権が弁済されたものとします。 年 月 日 島本町会計管理者 様 債権者 住 所 氏 名 ⑩						振込先金融機関名	預金種別	普 通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄	銀行・信用金庫	口座番号		農業協同組合	フリガナ		本店・支店・出張所	口座名義	
振込先金融機関名	預金種別	普 通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄															
銀行・信用金庫	口座番号																
農業協同組合	フリガナ																
本店・支店・出張所	口座名義																