

様式第1号（第4条関係）

河南町身体障がい者手帳診断費用助成申請（請求）書

金 _____ 円也

受診年月日	年 月 日
医療機関名	
診療科目	
指定医師名	

上記のとおり申請します。

なお、助成金は、下記の金融機関の口座へ振り込んでください。

金融機関名	銀行・信金・労金 信組・農協・漁協		支店
口座番号等	普通・当座	No.	
フリガナ			
口座名義人			

年 月 日

河南町長 様

申請者 住所 河南町 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 () _____

上記申請に際し、町民税課税台帳等により確認することを承諾します。

年 月 日

河南町長 様

住所 _____ ※申請者との関係

氏名 _____ (印) ()

電話番号 () _____

※添付書類

1. 領収書
2. 市町村民税非課税世帯に属する者であることの証明書。
ただし、公簿等により確認できる場合は、省略することができる。