

身体障害者手帳診断料請求書 兼 口座振替依頼書

金 円也

手帳申請	新規 ・ 再交付
フリガナ	
受診者氏名	
生年月日	年 月 日
障害部位	視・聴・言・そしゃく・肢・内（心・呼・腎・肝・ぼ直・小・免）
受診年月日	年 月 日
医療機関名	

上記のとおり、身体障害者手帳診断料を請求いたしますので、
下記銀行口座へ振り込み願います。

年 月 日
枚 方 市 長

申請者 氏名
住所
受診者との続柄
電話番号

1. ゆうちょ銀行以外の金融機関

金融機関名	銀行	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄								
	支店	口座番号									
(フリガナ)											
口座名義											

2. ゆうちょ銀行

振込用の口座番号がわからない場合(郵便局でもう一つの口座番号を印字していない場合)は、貯金通帳の記号番号をご記入ください。

金融機関名	ゆうちょ 銀行	預金種別	1. 普通 2. 当座								
	支店	口座番号									
振込用の口座番号が分からない場合	記号			番号							
(フリガナ)											
口座名義											

※ 振込口座は、受診者または申請者の名義に限ります。