

様式第1号(第2条関係)

年 月 日

潮来市長 様

申請者(障害手帳所持者) 氏名
申請者個人番号

住所.....潮来市.....
電話.....(.....)

潮来市身体障害者手帳診断書経費補助金交付申請書

潮来市身体障害者手帳診断書経費補助金の交付について、関係書類を添えて申請します。
補助金交付決定に伴う私の世帯の住民登録資料、税務資料、その他について関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

補助金振込先口座

金融機関・支店名	預金種別	口座番号						口座名義
銀行・信金・農協	普通 当座						フリガナ	
本・支店							氏名	

※添付書類

- ① 診断書領収書(文書料)の写し
- ② 通帳の写し

書類提出者(申請者記入、申請者と同一の場合は記入不要です。)

氏名(申請者との関係)	()
住所	〒 TEL ()
委任欄	上記の者を代理人に定め交付申請の権限を委任します。 氏名 自筆による署名

市記入欄

補助限度額 A	診断書経費 B	補助金額 (AとBを比較し少ない額)
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 (5,000円)		
<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 (2,500円)	円	円