第1号様式（第5条関係）

志木市障がい者手帳交付診断書料補助金交付申請書

年　　月　　日

　志木市長　様

（申請者）

住所

氏名

電話番号

ファクシミリ

電子メールアドレス

志木市障がい者手帳交付診断書料補助金交付要綱第５条の規定により、補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 補助対象者氏名 |  | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | |
| 診断書の交付  に要した金額 | 円 | |
| 診断を受けた  医療機関 |  | |
| 添 付 書 類 | （１）医療機関発行の領収書  （２）市町村民税を課されていない旨の証明書（下記に同意いただき市が公簿等により確認することができる場合は不要） | |

　上記のとおり申請します。また、補助対象資格確認のため、市において住民基本台帳並びに市民税課税状況を調査することに同意します。

氏　　名