第　　　　号

　　 年　　月　　日

進達先

障害者手帳の進達伺一覧

市（町村）長　印

**固定文言１**

下記の交付申請等について進達します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 申　請　事　由 | 件　　数 | | | 自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数 |
|  | 診断書 | 年金証書 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 合計 | |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |