

第1号様式（第4条関係）

春日井市障害者福祉健康診断書料助成申請書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

住所

18歳未満の児童でも
申請者は、児童の名前

氏名

春日井市障害者福祉健康診断書料助成要綱第4条の規定に基づき、健康診断書料の助成を受けたいので申請します。

申 請 額	金 額 円				
健 康 診 断 の 事 由	利用する障がい福祉サービス（又は地域生活支援事業）の名称と利用施設を記入				
健 康 診 断 日	年 月 日				
医 療 機 関 名					
振 込 先 口 座	金 融 機 関			支店名	
	種 別		番 号	名 義	

※ 健康診断書の領収書を添付してください。

この申請に関し、助成に係る所得の確認について調査することに同意します。

18歳未満の児童でも
児童の名前で記入

(氏名)