

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

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<br>の 事 由 |            |  |     |  |     |  |
| 健 康 診 断 日        | 年 月 日      |  |     |  |     |  |
| 医 療 機 関 名        |            |  |     |  |     |  |
| 振 込 先<br>口 座     | 金 融<br>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。

(氏名)