

第1号様式（第4条関係）

高齢者健康診断書料助成申請書

年 月 日

（宛先） 春日井市長

春日井市高齢者健康診断書料助成交付要綱第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。なお、この申請の審査のために必要な世帯全員の市民税課税状況を調査することに同意します。

申（対） 請 象 者 者	住 所			電話番号 () -
	フリガナ			生年月日
	氏 名			年 月 日
健康診断に関する事項	健康診断 受診事由	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 高齢者福祉 利用サービス名() 利用事業所名等()		
	健康診断書料 及びその支払日	円	年 月 日	
	医療機関名			
助成申請額		金 円		

※ 健康診断書の写しと領収書を添付してください。

第2号様式（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

高齢者健康診断書料助成決定通知書

春日井市長

年 月 日付けで申請のあった高齢者健康診断書料助成については、春日井市健康診断書料助成交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり決定します。

助成決定額 金 円

第3号様式（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

高齢者健康診断書料助成却下通知書

春日井市長

年 月 日付けで申請のあった高齢者健康診断書料助成については、春日井市健康診断書料助成交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり却下します。

却下理由