

令和5年度 介護者健康診断費用補助申請書

八尾市社会福祉協議会 会長 角田 禮子

No. _____

○申請者

申請年月日	令和 年 月 日
氏名	_____ (印)
住所	〒581-
	八尾市
電話番号	

○健康診断を受診した人

受診年月日	令和 5 年 月 日
受診者 ※チェックしてください。	<input type="checkbox"/> 申請者本人
	<input type="checkbox"/> 申請者以外(氏名)
	〒581- _____ 申請者との続柄
	八尾市

○介護を受けている方

種別	身体障がい児者 ・ 知的障がい児者 要介護認定3以上の方 ・ 発達障がい児者
氏名	_____ 申請者との続柄:
住所	〒581-
	八尾市

○振込先

銀行名			
本・支店			
(ふりがな)			
口座名義人			
申請者以外の口座への振込を希望する場合は、申請者との続柄をご記入ください。			
種別	普通 ・ 当座	口座番号	
健康診断費用総額			円

添付書類

- ①健康診断受診の領収書コピー(受診日の記入があるもの)
- ②身体障害児(者)手帳・療育手帳等のコピー
- ③振込口座の通帳のコピー
- ④申請者の身分証明書のコピー