

No.

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

受診年月日	令和 年 月 日
受診者 ※チェックしてください。	☐ 申請者本人
	☐ 申請者以外(氏名)
	〒581ー 申請者との続柄
	八尾市

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ー	
	八尾市	

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

- 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（異なる場合は対象者も）の身分証明書のコピー