別記様式（第３条関係）

No.

保養施設宿泊利用申込書

年　　月　　日

　神川町長　あて

申請者　　　　　　住所　神川町大字

（利用代表者）　　　　氏名

電話　　　　　（　　　）

　下記のとおり神川町保養施設を利用したいので、申込みます。また、利用者に国民健康保険税の滞納がないことを確認するため、納付状況を閲覧することに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 保養施設名 |  |
| 利用年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日（　　）から１泊 |
| 被保険者番号 | 利用者氏名 | 住所 | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 同意 |
| 1 | 神 |  |  | ・　・ |  | 男・女 | □ |
| 2 | 神 |  |  | ・　・ |  | 男・女 | □ |
| 3 | 神 |  |  | ・　・ |  | 男・女 | □ |
| 4 | 神 |  |  | ・　・ |  | 男・女 | □ |
| 5 | 神 |  |  | ・　・ |  | 男・女 | □ |
| 6 | 神 |  |  | ・　・ |  | 男・女 | □ |
| 7 | 神 |  |  | ・　・ |  | 男・女 | □ |
| 8 | 神 |  |  | ・　・ |  | 男・女 | □ |
| 9 | 神 |  |  | ・　・ |  | 男・女 | □ |
| 10 | 神 |  |  | ・　・ |  | 男・女 | □ |
| 　助成対象人数　　　　　　合計　　　　　　　　　　　　　　　人 |

確認事項

　　□　町の国民健康保険の適用を受ける被保険者に限ります。

　　□　１年度内１泊を限度とし、１泊につき３歳以上１人2,000円を助成します。

□　利用申込み時において、国民健康保険税の滞納がある場合は助成金を交付しません。

□　各利用者が同意欄に☑を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事務処理欄 | 課長 | 課長補佐 | 主査 | 係 |
| 可　　　・　　　否 |  |  |  |  |