

保養施設宿泊利用申込書

年 月 日

神川町長 あて

申請者
(利用代表者)

住 所 神川町大字
氏 名
電 話 ()

下記のとおり保養施設宿泊利用助成金の交付を受けたいので、神川町国民健康保険条例第9条の規定により、申請します。

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	No.	
1	神	神川町大字	. .		男・女		
2	神	神川町大字	. .		男・女		
3	神	神川町大字	. .		男・女		
4	神	神川町大字	. .		男・女		
5	神	神川町大字	. .		男・女		
6	神	神川町大字	. .		男・女		
7	神	神川町大字	. .		男・女		
8	神	神川町大字	. .		男・女		
9	神	神川町大字	. .		男・女		
10	神	神川町大字	. .		男・女		
助成対象人数		合計		人			

備 考

- 神川町国保被保険者に限りません。
- 補助金額は、1人1泊につき、2,000円です。

事務処理欄	課 長	課長補佐	主 査	係
可 ・ 否				