

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 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 神 | | | . . | | 男・女 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 神 | | | . . | | 男・女 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 神 | | | . . | | 男・女 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 神 | | | . . | | 男・女 | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 神 | | | . . | | 男・女 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 神 | | | . . | | 男・女 | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 神 | | | . . | | 男・女 | <input type="checkbox"/> |
| 9 | 神 | | | . . | | 男・女 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 神 | | | . . | | 男・女 | <input type="checkbox"/> |
| 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 | | | | |