

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、利用者に後期高齢者医療保険料除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				. .		男・女	<input type="checkbox"/>
2				. .		男・女	<input type="checkbox"/>
3				. .		男・女	<input type="checkbox"/>
4				. .		男・女	<input type="checkbox"/>
5				. .		男・女	<input type="checkbox"/>
6				. .		男・女	<input type="checkbox"/>
7				. .		男・女	<input type="checkbox"/>
8				. .		男・女	<input type="checkbox"/>
9				. .		男・女	<input type="checkbox"/>
10				. .		男・女	<input type="checkbox"/>
助成対象人数		合計		人			

確認事項

- 神川町の埼玉県後期高齢者医療被保険者（住所地特例者を含む）に限ります。
- 1年度内1泊を限度とし、1泊につき1人2,000円を助成します。
- 利用申込み時において、後期高齢者医療保険料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				