

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 ()

下記のとおり保養施設宿泊利用助成金の交付を受けたいので、神川町後期高齢者医療保養施設利用規程第7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		神川町大字	. .		男・女		
2		神川町大字	. .		男・女		
3		神川町大字	. .		男・女		
4		神川町大字	. .		男・女		
5		神川町大字	. .		男・女		
6		神川町大字	. .		男・女		
7		神川町大字	. .		男・女		
8		神川町大字	. .		男・女		
9		神川町大字	. .		男・女		
10		神川町大字	. .		男・女		
助成対象人数		合計		人			

備考

- 神川町に住所を有する埼玉県後期高齢者医療被保険者に限ります。
- 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				