

別記様式(第7条関係)

保養施設宿泊利用補助金交付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住所 ふじみ野市福岡1-1-1
(利用代表者)氏名 ふじみ野 太郎
電話番号 049(262)9039

下記のとおり保養施設宿泊利用補助金の交付を受けたいので、ふじみ野市国民健康保険保養施設宿泊利用補助規則第7条の規定により、申請します。

記

利用施設	施設名称	〇〇〇〇〇〇	施設コード	〇〇〇〇	
	所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
利用年月日	〇〇年〇〇月〇〇日から <u>1泊</u>				
保険証の 記号番号	世帯主の氏名	保養施設を利用する 者の氏名	年齢	住所 電話番号	受付 番号
36-〇〇〇〇〇〇	ふじみ野 太郎	ふじみ野 太郎	62	代表者と同じ住所と 電話番号なら省略可	
36-〇〇〇〇〇〇	ふじみ野 太郎	ふじみ野 花子	60		
36-〇〇〇〇〇〇	健康 守	健康 良子	35	ふじみ野市大井中央1-1-1 261-2811	
36-〇〇〇〇〇〇	健康 守	健康 保	10	同上	
—					
補助対象人数 大人 人 子ども 人 合計 人			交付申請額 円		

備考

- 1 補助金額は、1人1泊につき大人(中学生以上)3,000円、子ども(小学生)2,000円です。
- 2 幼児については、補助はありません。
- 3 申請には宿泊利用申込日において国民健康保険税の納期到来分が完納されていることが必要です。

納付状況確認欄

課長	副課長	係長	係