

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

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住 所
(利用代表者)氏 名
電話番号 ()

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、ふじみ野市後期高齢者医療保養施設宿泊利用補助要綱第7条の規定により、申請します。

記

保養施設名	(所在地 施設コード)			
利用年月日	年 月 日()から1泊			
被 保 険 者 番 号	利 用 者 氏 名	電 話 番 号	備 考	受 付 番 号
補助対象人数	合計	人	交付申請額	円

備 考

- 1 補助金額は、1人1泊につき3,000円です。
- 2 申請には宿泊利用申込日において後期高齢者医療保険料の納期到来分が完納されていることが必要です。