

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 〇〇〇〇〇〇〇〇 施設コード 〇〇〇〇〇) 〇〇〇〇〇〇〇〇			
利用年月日	〇〇年〇〇月〇〇日(〇)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
〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	ふじみ野 太郎	261-2811		
〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	ふじみ野 花子	261-2811		
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。