

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					施設コード	
	所在地						
利用年月日	年 月 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	性別	住所 電話番号	受付 番号	
—							
—							
—							
—							
—							
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