

課長	副課長	係長	係

様式第1号(第3条関係)

後期高齢者医療

保養施設利用申込書

保養施設名	宿泊保養施設(施設名: _____)	施設コード: _____)
利用年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (泊)	

下記利用者名簿のとおり申し込みます。

↓チェック☑を入れてください。

- 後期高齢者医療保険料を完納しています。※
- パック旅行など旅行業者を仲介しての宿泊予約ではありません。
- 1年度内(4月~3月)に1回限りの申請です。(2回目以降の申請ではありません)※
- 不正に使用した場合は、補助金相当額を返納します。

(申込先)新座市長

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(申請者)住所 新座市 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号

氏名 _____

電話番号 _____ (_____)

利用者名簿

住所	氏名	年齢	被保険者番号	発行番号
			生年月日	
新座市 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号			明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日	利用券
			明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日	助成券
電話番号 _____ (_____)			明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

※利用券のみの申請の場合は除く

保険料納付状況(完納・未納)

注意事項 住民登録上の世帯が異なる方の申請の場合は、委任状が必要です。