

「別紙」

## 杉戸町指定保養施設利用申込書 助成券交付申請書

杉戸町指定保養施設を利用したいので、下記のとおり申し込みます。

なお、利用者のうち 杉戸町国民健康保険 後期高齢者医療制度 の被保険者については、利用助成券の

交付を申請します。

保養施設所在 都道府県名		保養施設名	
利用日	令和 年 月 日～令和 年 月 日（泊日）		
利用人数	大人 名	子供 名	合計 名

※3歳以下の乳幼児は利用人数に入れないでください。

利用人数のうち杉戸町国民健康保険加入者	大人 名	子供 名
利用人数のうち後期高齢者医療制度加入者	名	

令和 年 月 日

予約者	住所	
	氏名	
	電話番号	( )

※予約者は、保養施設に予約した人（代表者）の住所・氏名・電話番号となります。

杉戸町長 あて

-----

保養施設受付者名 ( )

国保利用券No. ( )	後期利用券No. ( )
国保助成券No. ( )	後期助成券No. ( )
国保助成額	後期助成額
合計 円	
大人 人×2,000円×泊= 円	人×2,000円×泊= 円
子供 人×1,000円×泊= 円	

課長	主幹	国保主査	受付者	後期主査	受付者

◆裏面には、利用される方をすべて記入してください。

保養施設利用者名簿（3歳以下の乳幼児も記入してください。）

No.	住 所	氏 名	年 齢	生年月日	保険証の 記号番号	電話番号
1	杉戸町					
2	杉戸町					
3	杉戸町					
4	杉戸町					
5	杉戸町					
6	杉戸町					
7	杉戸町					
8	杉戸町					
9	杉戸町					
10	杉戸町					
11	杉戸町					
12	杉戸町					
13	杉戸町					
14	杉戸町					
15	杉戸町					
16	杉戸町					
17	杉戸町					
18	杉戸町					
19	杉戸町					
20	杉戸町					