

別紙

杉戸町 { 国民健康保険
後期高齢者医療保険 } 指定保養施設利用申込書
助成券交付申請書

国民健康保険
後期高齢者医療保険 } 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 { 国民健康保険
後期高齢者医療保険 } 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	年 月 日 ~ 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。

利用人員のうち国保加入者	大人 名	子供 名
利用人員のうち後期高齢者医療加入者	名	

裏面には、利用される方をすべて記入してください。

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()	利用券 No.()	利用券 No.()
助 成 額	①+② 円(大人) 人×2,000 円× 泊= 円(子供) 人×1,000 円× 泊= 円)	

課長	主幹	主査	受付者

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	電話番号	被保険者 (記号)番号	確認
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					
21	杉戸町					
22	杉戸町					
23	杉戸町					
24	杉戸町					
25	杉戸町					