

保養施設利用券交付申請書（健康入浴施設用）

清瀬市長 殿

保養施設（健康入浴施設）の利用券の交付を下記のとおり申請します。

※ 太枠内の中のみ記入してください。

被保険者証 番号	39132212	申請日	令和 年 月 日		
申請者 住所	清瀬市 電話番号 — —				
フリガナ					
申請者氏名					
利用者住所 (申請者と異なる場合)	清瀬市				
利 用 者	(フリガナ) 氏 名	生年月日	年齢	交付番号	補 助 額
		明治・大正・昭和 年 月 日	歳		
		明治・大正・昭和 年 月 日	歳		
		明治・大正・昭和 年 月 日	歳		

利用できる方 ・ ・ 清瀬市後期高齢者医療保険加入者で、後期高齢者医療保険料を納期限内に完納している方 ※申請は年1回（1回300円の補助券を5回分交付します。）

確認・連絡事項	後期高齢者医療保険料完納確認済 施設からの連絡（ 月 日）支払（ 月 日）		
	課 長	係 長	係（受付・確認）
本人確認 : 保険証 免許証 マイナンバーカード その他			受 付 印