

# 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<br>番 号         | 39132212                      | 申請日             | 令和      年      月      日 |      |       |
| 申請者<br>住 所           | 清瀬市<br><br>電話番号      —      — |                 |                         |      |       |
| フリガナ                 |                               |                 |                         |      |       |
| 申請者氏名                |                               |                 |                         |      |       |
| 利用者住所<br>（申請者と異なる場合） | 清瀬市                           |                 |                         |      |       |
| 利 用 者                | (フリガナ)<br>氏      名            | 生年月日            | 年齢                      | 交付番号 | 補 助 額 |
|                      |                               | 大正 ・ 昭和         | 歳                       |      |       |
|                      |                               | 年      月      日 |                         |      |       |
|                      |                               | 大正 ・ 昭和         | 歳                       |      |       |
|                      | 年      月      日               |                 |                         |      |       |

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<br>施設からの連絡（      月      日）支払（      月      日） |     |          |       |
| 本人確認<br><input type="checkbox"/> マイナンバー<br><input type="checkbox"/> 免許証<br><input type="checkbox"/> 保険証（資格確認書）<br><input type="checkbox"/> その他<br><br><input type="checkbox"/> 窓口<br><input type="checkbox"/> 郵送 | 課 長                                                          | 係 長 | 係（受付・確認） | 受 付 印 |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |     |          |       |