

保養施設利用券交付申請書（宿泊施設用）

清瀬市長 殿

保養施設（宿泊施設）の利用券の交付を受けたいので、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	3 9 1 3 2 2 1 2	申請日	令和 年 月 日		
申請者 住所	清瀬市 電話番号 — —				
ふりがな					
申請者氏名	印				
利用者住所 (申請者と異なる場合)	清瀬市				
利用施設名	<input type="checkbox"/> 清瀬市立科山荘 <input type="checkbox"/> シーサイドいづたが				
利用年月日	令和 年 月 日 ~ 月 日 (宿泊日数 泊)				
利 用 者	(ふりがな)	生年月日	年齢	交付番号	補助額
	氏 名	明治・大正・昭和	歳		
		年 月 日			
		明治・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

※ 利用回数・・・お一人様、年2泊まで利用できます。(4/1~翌年3/31)

※ 申し込み方法・・・各宿泊施設に、直接電話で予約がとれた後にお申し込みください。

※ 補助額・・・清瀬市立科山荘 1泊につき 2,000円
シーサイドいづたが 1泊につき 2,000円

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)	受 付 印