

後期高齢者医療保険
保養施設利用申請書

令和 年 月 日

桶川市長

住所 桶川市

申請者

氏名

桶川市指定保養施設を利用したいので申請します。

保養施設名			保養施設番号							
	住所	桶川市								
利用者代表	氏名									
	電話	()								
利用期間	宿泊	令和 年 月 日から	泊 日							
		令和 年 月 日まで								
利用人数		男	人	女	人	計	人			
市補助金		3,000円× 人＝		円	拾万	万	千	百	拾	円

※この申請書を保養施設に直接提出しても助成は、受けられません。市役所で利用券等の交付を受けてください。

市事務処理欄

受付第 _____ 号						
決裁	課長	係長	担当			
確認	資格	保険料				
配当予算額						円
今回申請額						円
差引残額						円

保養施設利用者名簿

利用券番号 _____ 号

利用者数	被保険者番号	住 所	氏 名	性別	備 考
1		桶川市		男・女	
2		桶川市		男・女	
3		桶川市		男・女	
4		桶川市		男・女	
5		桶川市		男・女	
6		桶川市		男・女	
7		桶川市		男・女	
8		桶川市		男・女	
9		桶川市		男・女	
10		桶川市		男・女	
11		桶川市		男・女	
12		桶川市		男・女	
13		桶川市		男・女	
14		桶川市		男・女	
15		桶川市		男・女	
16		桶川市		男・女	
17		桶川市		男・女	
18		桶川市		男・女	
19		桶川市		男・女	
20		桶川市		男・女	
21		桶川市		男・女	
22		桶川市		男・女	
23		桶川市		男・女	
24		桶川市		男・女	
25		桶川市		男・女	