

注)後期高齢者医療制度該当者(主に75歳以上の方)は利用できません。

様式(第5条関係)

### 国民健康保険 保養施設宿泊利用申請書

利用施設名		施設番号	
利用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	泊	

利用者氏名		住 所		記号番号	性別	区分	資格	収納	台帳
生年月日		電話番号							
1	S・H・R 年 月 日	Tel	- -	行田	男	大人			
					女	子供			
2	S・H・R 年 月 日	Tel	- -	行田	男	大人			
					女	子供			
3	S・H・R 年 月 日	Tel	- -	行田	男	大人			
					女	子供			
4	S・H・R 年 月 日	Tel	- -	行田	男	大人			
					女	子供			
5	S・H・R 年 月 日	Tel	- -	行田	男	大人			
					女	子供			
6	S・H・R 年 月 日	Tel	- -	行田	男	大人			
					女	子供			
7	S・H・R 年 月 日	Tel	- -	行田	男	大人			
					女	子供			

上記のとおり保養施設の利用を申請します。

令和 年 月 日

行田市長様

代表者 住 所

氏 名

電話番号

担当	合 議	主査	主幹	課長

資 格	交 付	台帳入力
適 ・ 否	窓口・郵送	