

第1号様式（第5条関係）

越谷市後期高齢者医療制度保養所利用助成申請書

○年 ○月 ○日

越谷市長 宛

保養所に宿泊するため、助成券の交付を申請するに当たって

保険証の左上に印字してある8ケタの数字

【申請者（利用者）情報】（「被保険者番号」は保険証の左上部の8桁の番号です）

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	電話番号	○○○-○○○○-○○○○
氏名	健康 太郎	生年月日	○○. ○. ○○
住所	越谷市 越ヶ谷四丁目2番1号	宿泊される被保険者本人の電話番号、氏名、生年月日、住所	

【保養施設情報】（保養施設番号は宿泊する年度の対象施設一覧をご覧ください）

保養施設番号	○○○○○○○	保養施設名	○○○○ホテル（宿泊するホテル等の名前）
宿泊期間	○○年 ○月 ○日から ○○年 ○月 ○日	宿泊する年度の「宿泊助成対象施設一覧」に記載されている保養施設番号、保養施設名、宿泊日	

※申請者以外の方が、申請書を提出し、助成券の交付を受ける場合には、下記委任状が必要です。

委 任 状

年 月 日

委任者（申請者）

住所 _____ 氏名 _____ 印 _____

私は、下記の項目について

- 1 利用助成申請書の提出
- 2 助成券の受領

上記の宿泊する被保険者本人以外が来庁する場合、委任欄への記載が必須となります。

受任者

住所 _____ 氏名 _____

※虚偽その他不正な手段により助成金の支給を受けた場合は、当該助成金を返還していただくこととなります。

----- <以下、越谷市使用欄> -----

受理日

利用券番号		助成券番号	
		度	期まで納付済
		年	月 日
		課長	確認者

- 宿泊される被保険者1名につき、1枚の申請書が必要です。
- 後期高齢者医療保険料に未納がある方には、助成券は交付できません。
- 助成は、同じ年度内で、ひとり2泊分までとなります。