

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します。

【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		電話番号	— —
氏名		生年月日	. .
住所	越谷市		

【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	
宿泊期間	年 月 日から 年 月 日まで（泊）		

※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
※自署の場合は、押印は不要です。	
私は、下記の項目について、次の者へ委任します。	
1 利用助成申請書の提出	
2 助成券の受領	
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	022— —	助成券番号	022— —
後期高齢者医療保険料納付状況		年度 期まで納付済	
		承認年月日	年 月 日
		受付者	課長 確認者

後期