

第1号様式（第5条関係）

後期高齢者医療制度保養所宿泊助成申請書

年 月 日

利用される被保険者のお名前でご申請ください

越谷市長 宛

申請者 住所
 氏名
 電話 ()

利用される施設名および宿泊期間をお書きください。

後期高齢者医療制度保養所に宿泊したいので、助成金の交付を申請します。

| | |
|--------|------------------------|
| 施設名 | |
| 宿泊期間 | 年 月 日から 年 月 日まで 泊 日 |
| 宿泊者氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 被保険者番号 | |

宿泊者氏名、生年月日、被保険者番号は右上の申請者の情報（利用される方）を記入ください。

※以下は市記入欄です。

受理日

年 月 日

| | | | |
|----------------------|--|-------|--------------------|
| 利用券番号 | | 助成券番号 | |
| 後期高齢者医療制度 保険料納付状況 | | 年度 | 期まで納付済 年度 期から未納 |

- ・後期高齢者医療保険に加入の方は個人ごとに申請が必要となります。
- ・保険料に未納がある場合は、助成を受けることができません。