

福山市国民健康保険 健康増進施設利用 助成申請書

見出しのことについて、施設利用を希望しますので、次のとおり助成申請します。

なお、市助成額（1回300円）については、その利用施設長に助成金の受領を委任します。

福 山 市 長 様

申請年月日	年 月 日		
被保険者証の番号	フリガナ		
	世帯主名前		
住 所	〒 ー 丁目 番 号		
	福山市 町 番地 (TEL ー)		
施設利用者 (申請者)	フリガナ		フリガナ
	名前		名前
	生年月日	年 月 日	生年月日
	フリガナ		フリガナ
	名前		名前
	生年月日	年 月 日	生年月日
フリガナ		フリガナ	
名前		名前	
生年月日	年 月 日	生年月日	

なお、施設利用に当たり、次のことを遵守します。

- ・利用施設長の指示に従うこと。
- ・利用に際し自己負担額（利用料金から市助成額300円の差引額）を利用施設に支払うこと。

※太枠のみ記入してください。

保険年金課 受付欄	支所 受付欄	受付 確認欄				保険年金課 確認欄	
		国保資格	有	無	有	無	確認者
		保険税（滞）	無	有	無	有	
		年齢（20歳）	以上	未満	以上	未満	
		当該年度の施設利用	受付確認者		無	有	
		判 定			可	否	