

契約保養施設利用申込・補助金交付申請書

利用施設名					
利用代表者	フリガナ				
	氏名				
連絡先	(会社・自宅) TEL				
利用券の送付先	〒	-			
利用年月日	住所				
	氏名				
利用年月日	自	令和	年	月	日(曜日)
	至	令和	年	月	日(曜日) 泊 日
事業所記号					
事業所名					
利用者氏名	番号	利用者区分	氏名	性別	年齢
		本人・家族		男・女	
		本人・家族		男・女	
		本人・家族		男・女	
		本人・家族		男・女	
		本人・家族		男・女	
		本人・家族		男・女	
		本人・家族		男・女	
		本人・家族		男・女	
		本人・家族		男・女	
この欄は記入しないでください。	本人	名 × 3,000 円 ×	泊・家族	名 × 1,500 円 ×	泊
	補助総額				円

※ 連泊のときは2泊を限度とし、宿泊料が発生しない乳幼児は対象外です。

ご記入いただいた情報は、当健保組合の契約保養施設の利用助成以外の目的には使用いたしません。

