

※ 決 裁	事務長	係	※補助決定額
			¥



平成29年度スポーツ施設利用料補助金交付申請書

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

平成 年 月 日

申請者（組合員）		保険証記号	保険証番号			種別（該当箇所にチェックを入れてください）		
(印)							第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> 第5種 <input type="checkbox"/>	
自宅住所		〒						
連絡先電話番号		()						
※ご不明な場合はお問い合わせしますので平日の9時～17時に連絡のとれる番号を記入してください。								
利用者氏名		年齢	歳	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>		※補助額		
1	利 用 施 設	名 称						
		所 在 地						
		電 話 番 号						
		利 用 種 目		(例：テニス、エアロビクス、水泳等、施設で実際に行っている種目・ゴルフは対象外)				
利用者氏名		年齢	歳	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>		※補助額		
2	利 用 施 設	名 称						
		所 在 地						
		電 話 番 号						
		利 用 種 目		(例：テニス、エアロビクス、水泳等、施設で実際に行っている種目・ゴルフは対象外)				
利用者氏名		年齢	歳	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>		※補助額		
3	利 用 施 設	名 称						
		所 在 地						
		電 話 番 号						
		利 用 種 目		(例：テニス、エアロビクス、水泳等、施設で実際に行っている種目・ゴルフは対象外)				
補 助 金 振 込 先	金融機関	銀 行			支店番号		支店名	
		信 用 金 庫						
	預金種類	普通・当座・貯蓄			口座番号			
	口座名義	フリガナ						

■ 申請する際は、次の事項をよくお読みください。

- この申請書は、被保険者の心身健康維持のためスポーツ施設を利用した場合、その利用料に対して補助金を申請するものです。
- 申請は、《保険証の記号・番号ごと》で申請してください。（1枚で3名まで記入できます。）
- 補助額【組合員(第5種を除く)10,000円 家族5,000円 年度内(4月～3月)1人1回まで】
- 申請の際に補助額以上の「利用料(会費、月謝等)の領収書(原本)」を添付してください。
 - 領収書は、宛名、但し書き、交付年月日、金額、施設名称等が明記されているもの。
 - 個人ごとの領収書の添付が必要です。（宛名はフルネーム、名字だけは不可）
 - 会費等を口座振替で納付している場合は、利用施設から別途、領収書の交付を受けてください。
- 施設によって会費等の納付時期が異なるため領収書の交付年月日で利用年度を決定します。
(領収内容が3月分でも領収書の発行日が平成29年4月1日以降でしたら平成29年度の申請になります。)
- ※印欄は組合記入欄ですので記入しないでください。