

健康増進補助金交付申請書

| | | | | | |
|-------|----------------|-------|----------|----|-----------|
| 宿泊施設名 | | | | | |
| 利用年月日 | 令和 年 月 日 から | | 令和 年 月 日 | | |
| 所属事業所 | 被保険者等 記号・番号 | 利用者氏名 | 続柄 | 年齢 | 補助金額 円 |
| | — | | | | |
| | — | | | | |
| | — | | | | |
| | — | | | | |
| | — | | | | |
| | — | | | | |
| | — | | | | |
| | — | | | | |
| | — | | | | |
| | | | 合 計 | | |

上記利用につき、領収書を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者代表

被保険者名.....印

- ※ ① 補助金申請に際しては必ず申請者ご本人のフルネームが記載された領収書の原本(コピー不可)を添付してください。
- ② 補助金は1人1泊旅行を1回とみなし、年度内4回までを限度とします。
(ただし、同一宿泊地の連泊は1泊分のみ)
- ③ 1名分の規定宿泊料金が5,000円未満の場合は補助の対象となりませんので、
ご注意ください。
- ④ 申請期限は施設利用の最終日より2ヶ月以内です。

| | | |
|------|------|--------|
| 補助金額 | 被保険者 | 2,000円 |
| | 被扶養者 | 1,500円 |