

様式第 1 号（第 5 条関係）

紀の川市国民健康保険運動継続支援事業補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）紀の川市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
世帯主（署名）住 所
氏 名

紀の川市国民健康保険運動継続支援事業補助金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

運動継続支援事業の申請に当たり、紀の川市担当者が世帯の国民健康保険税の収納状況を確認することに同意します。

補助年度	年度	紀の川市国民健康保険 被保険者記号番号	
健康診査等受診日		年 月 日	
運動支援事業所名			
入会年月		年 月	
補助事業の経費所要額	入会金 定期利用金額	円 円 × 箇月分 (月～ 月分)	
交付申請金額		円	
添付書類	領収書、健診結果（写）その他の証拠書類		