

指定番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

助成金支払申請書

年 月 日

柏市長 宛て

申請者(開設者・管理者) 所在地

〒

氏名(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(法人名)

(ふりがな)

印

電話番号

年 月分 の市給付金を柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則

第9条第3項の規定により、次のとおり申請します。

内 容	利用券枚数	申請金額
運動事業	枚	円

添付書類 ①運動事業明細書

(国保分・後期高齢者分に分けて、利用日順になるよう作成してください。)

②利用券

(運動事業明細書に記載した順に並べてください。)

振込先	銀行 信用金庫 農協	1 普通	2 当座
	支店	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

<申請書作成の注意事項>

- 1, 国民健康保険分と後期高齢者医療分を、実施した各月ごとに作成してください
- 2, 利用枚数・申請金額の記入欄は、訂正印や修正液での訂正はできませんので、誤った場合は、再度作成してください
- 3, 原則、翌月10日(土日・祝日の場合はその前日)までに必着でご提出ください

いずれかに○印をつけてください。

(柏市国民健康保険) (柏市後期高齢者)

↑どちらか一方に○をつけてください。

指定番号 0 4 0 - 9 9 9 9

助成金支払申請書

令和 8年 5月 1日

柏市長 宛て

申請者(開設者・管理者)

住所(法人の場合は主たる事務所所在地)

〒277-0005 柏市柏65-1

氏名(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(法人名) 株式会社 かしわスポーツクラブ柏店

(ふりがな) かしわ たろう

支配人 柏 太郎 

電話番号 04-7167-1111

令和 8年 4月分 の市給付金を柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則第9条第3項の規定により、次のとおり申請します。

内 容	利用券枚数	申請金額
運動事業	35 枚	35,000 円

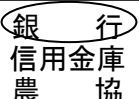
添付書類

① 運動事業明細書

(国保分・後期高齢者分に分けて利用日順になるよう作成してください)

② 利用券

(運動事業明細書に記載した順に並べてください)

振込先	かしわ 	1 普通 2 当座
	中央支店	口座番号 7654321
フリガナ	カシワスポーツクラブカシワテン シハイニン カシワタロウ	
口座名義	かしわスポーツクラブ柏店 支配人 柏 太郎	

<申請書作成の注意事項>

- 国民健康保険分と後期高齢者医療分を、実施した各月ごとに作成してください
- 利用枚数・申請金額の記入欄は、訂正印や修正液での訂正はできませんので、誤った場合は、再度作成してください
- 原則、翌月10日(土日・祝日の場合はその前日)までに必着でご提出ください

運動事業明細書 (国保分)

【令和 年 月分】

指定番号				-			
------	--	--	--	---	--	--	--

施設名: _____

No.	利用月日	利用者氏名	利用費総額 a	利用枚数 b	自己負担額 a-b×1,000円	利用費助成の種類		
						入会時費用	運動指導	運動教室
1	月 日		円	枚	円			
2	月 日		円	枚	円			
3	月 日		円	枚	円			
4	月 日		円	枚	円			
5	月 日		円	枚	円			
6	月 日		円	枚	円			
7	月 日		円	枚	円			
8	月 日		円	枚	円			
9	月 日		円	枚	円			
10	月 日		円	枚	円			
11	月 日		円	枚	円			
12	月 日		円	枚	円			
13	月 日		円	枚	円			
14	月 日		円	枚	円			
15	月 日		円	枚	円			
16	月 日		円	枚	円			
17	月 日		円	枚	円			
18	月 日		円	枚	円			
19	月 日		円	枚	円			
20	月 日		円	枚	円			
21	月 日		円	枚	円			
22	月 日		円	枚	円			
23	月 日		円	枚	円			
24	月 日		円	枚	円			
25	月 日		円	枚	円			

○提出時チェックリスト (報告書が2枚以上のときは、1枚目に記入してください)

- 利用日現在、柏市国民健康保険に加入しているか確認した。
- 利用券の利用者記入欄(利用年月日及び署名)に漏れがない
- 利用券の指定施設記入欄(施設名・担当者の印)に漏れがない。
- 1,000円未満に利用した分はない。

以上、確認のうえ、助成金を申請します。

事業実施責任者 _____

助成金申請担当者氏名 _____

(事業実施責任者と異なる場合、ご記入ください)

運動事業明細書 (後期分)

【令和 年 月分】

指定番号				-			
------	--	--	--	---	--	--	--

施設名: _____

No.	利用月日	利用者氏名	利用費総額 a	利用枚数 b	自己負担額 a-b×1,000円	利用費助成の種類		
						入会時費用	運動指導	運動教室
1	月 日		円	枚	円			
2	月 日		円	枚	円			
3	月 日		円	枚	円			
4	月 日		円	枚	円			
5	月 日		円	枚	円			
6	月 日		円	枚	円			
7	月 日		円	枚	円			
8	月 日		円	枚	円			
9	月 日		円	枚	円			
10	月 日		円	枚	円			
11	月 日		円	枚	円			
12	月 日		円	枚	円			
13	月 日		円	枚	円			
14	月 日		円	枚	円			
15	月 日		円	枚	円			
16	月 日		円	枚	円			
17	月 日		円	枚	円			
18	月 日		円	枚	円			
19	月 日		円	枚	円			
20	月 日		円	枚	円			
21	月 日		円	枚	円			
22	月 日		円	枚	円			
23	月 日		円	枚	円			
24	月 日		円	枚	円			
25	月 日		円	枚	円			

○提出時チェックリスト (報告書が2枚以上のときは、1枚目に記入してください)

- 利用日現在、柏市に住所があり、千葉県後期高齢者医療制度に加入しているか確認した。
- 利用券の利用者記入欄(利用年月日及び署名)に漏れがない
- 利用券の指定施設記入欄(施設名・担当者の印)に漏れがない。
- 1,000円未満に利用した分はない。

以上、確認のうえ、助成金を申請します。

事業実施責任者 _____

助成金申請担当者氏名 _____

(事業実施責任者と異なる場合、ご記入ください)