

池田市国民健康保険体育施設利用補助事業 申込書

年 月 日

（宛先）池田市長

被保険者記号・番号				
世帯主	住 所			
	氏 名	TEL		
No.	利 用 者	生 年 月 日	年 齢	チケット番号
1		年 月 日	歳	
2		年 月 日	歳	
3		年 月 日	歳	
4		年 月 日	歳	
5		年 月 日	歳	
6		年 月 日	歳	
7		年 月 日	歳	

受 付 日	年 月 日	受 付 番 号	
チケット発送日	年 月 日	処 理 担 当 者	

資格確認	備考
有 ・ 無	