

赤枠部分をご記入ください。
健康づくり推進課へご提出ください。

様式第5号（第10条関係）

年 月 日

取手市長 中村 修 殿

住所

氏名

生年月日

電話番号

取手市健康づくり応援補助金事業助成申請書

取手市健康づくり応援補助金事業による助成を受けたいので、下記の事項を確認した上で、取手市健康づくり応援補助金交付要綱第10条の規定により申請します。

また、市が、審査に必要な範囲に限り、要件に係る事実についてその保有する公簿等を確認することに同意します。

記

1. 確認事項

- (1) 助成申請時点において、市内に在勤し、又は在学しています。
(勤務先又は所属先の学校等：)
- (2) 助成申請時点において、フィットネスクラブに入会していません。
- (3) 助成申請時点において、医師から運動を禁止されていません。

住所が取手市外の場合は、勤務先または通っている学校を記載ください。

2. 希望するフィットネスクラブ

- 第1希望 ()
- 第2希望 ()
- 第3希望 ()

入会を希望するフィットネスクラブを記載ください。
対象フィットネスクラブはチラシの裏面もしくは市ホームページをご確認ください。

備考

加入している健康保険 ()

※こちらの記載は任意となっております。

ex) 共済保険、国民健康保険、後期高齢者医療保険 etc...