

宗像市国民健康保険被保険者運動施設利用料金助成事業参画に係る申請書

令和 年 月 日

宗像市長 様

申込者

所在地

事業者名

代表者名

印

宗像市国民健康保険被保険者運動施設利用料金助成事業について、事業の参画に関心があるため、申請書を提出します。

※申込書受理後、ヒアリングを行いますので、以下の項目を記入してください。

なお、ヒアリングの実施時期は、令和4年9月以降を予定しています。

連絡先	事業所名		
	事業所所在地		
	ホームページ URL		
	電話番号		
	FAX 番号		
	担当者	氏名	
E-Mail			

【問い合わせ・申請書提出先】

〒811-3492 宗像市東郷一丁目1番1号

宗像市国保医療課国民健康保険係

担当：梶原、武丸

TEL：0940-36-1363 FAX：0940-36-7015