

※宿泊した日の翌日から3ヶ月以内に、本証明書とともに申請書を提出してください。

宿 泊 証 明 書

宿泊申込者 住所 _____

氏名 _____

No.	氏 名	住 所	年 齢	備 考
1			歳	
2			歳	
3			歳	
4			歳	
5			歳	

※これより以下は、宿泊施設のご担当者様にご記入、押印してください

国 立 市 長 殿

上記の方々が、大人一人につき、一泊5,000円以上の宿泊費をお支払いいただき、
宿泊されたことを証明します。

宿泊年月日	年 月 日 から 年 月 日 まで	宿泊施設名 所在地 電話番号	印 ※施設名の印(判)を印字(手書不可)
-------	----------------------------	----------------------	-------------------------

【宿泊施設の方へお願い】

- ① この証明書は、国立市高齢者保養施設利用助成事業を団体旅行で申請される場合に必要となるものです。
- ② 宿泊料金に含まれる宿泊以外のサービスは、朝夕の食事に限ります。
- ③ 「宿泊年月日」欄は、必ず宿泊施設のご担当者様が記入してください。
- ④ 「宿泊施設名」欄は、施設名の印(判)を印字してください。(手書き不可)
- ⑤ 上記宿泊利用者に空欄がある場合は、お手数ですが、当該欄を斜線で消し、その上に同じく押印してください。

お忙しい中、ご協力ありがとうございました。ご不明な点がございましたら、下記にお問い合わせください。

東京都国立市富士見台2-47-1

国立市 健康福祉部 高齢者支援課 高齢者支援係

TEL 042-576-2111 (内線) 154