

65歳以上／一人1冊限り（年度内）

（高齢者いきがい課）

川越市健康ふれあい入浴利用券交付申請書

平成 年 月 日

（提出先）

川 越 市 長

〈申請者〉

住 所

氏 名

生年月日（明・大・昭） 年 月 日

電話番号

川越市健康ふれあい入浴利用券の交付を申請します。

川越市健康ふれあい入浴利用券を受領しました。

受領者氏名 \_\_\_\_\_

受  
付  
印