

ユトリーナで

水中健康教室 参加申込書

メタボリックシンドロームを吹き飛ばそう!!

私は、ユトリーナ水中健康教室を下記のとおりに申し込みます。

記

住 所	〒443- 蒲郡市		
参 加 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
電 話 番 号		年 齢	歳
健 康 保 険	☐ 私は蒲郡市の国民健康保険に加入中です ☐ 私は後期高齢者医療制度に加入中です(主に75歳以上の方)		
受付者確認		☐ マイナンバーカードにて本人確認済み	

希望コース ↓	① 火曜日午前コース	令和8年9月29日 ～12月22日	午前10時30分～ 11時30分
	② 火曜日夜間コース	令和8年9月29日 ～12月22日	午後7時00分～ 8時00分
	③ 水曜日午前コース	令和8年9月30日 ～12月16日	午前10時30分～ 11時30分
	④ 金曜日午前コース (ゆったりコース)	令和8年10月2日 ～12月18日	午前10時30分～ 11時30分
	第一希望		第二希望 (任意)

同意書

水中健康教室参加希望者が助成対象者であることを確認するためには必要があるときは、私及び私の世帯に属する被保険者全員の国民健康保険税その他の市税の納付状況(後期高齢者医療の方はご本人の後期高齢者医療保険料及び市税の納付状況)について、確認事務を行うことに同意します。

令和 年 月 日

どちらかあてはまる方を記入してください

☐国保の方→ 世帯主名

印(自署の場合は押印不要)

☐後期の方→ 参加者氏名

- 確認事項: ①蒲郡市国民健康保険または後期高齢者医療制度に加入中であること②市税等に滞納がないこと
- 参加費: 1,800円
- 締め切り: 広報がまごおり、蒲郡市ウェブサイトもしくは保険年金課窓口でご確認ください
- 定 員: 各コース12名(定員を超えた場合は抽選)
- リハビリ目的ではありません。体調をみてお断りさせていただく場合があります。
- インストラクターの指示に従わない場合は参加をお断りする場合があります。
- 渇水等の事情により、中止する場合があります。
- 記入の際には、鉛筆・消せるボールペンは不可です。

保険年金課使用欄

No.

市税等確認