

受付 番号	
----------	--

はり・きゅう・マッサージ助成券交付申請書

令和 年 月 日

常陸大宮市長 様

（申請者住所）常陸大宮市

氏名

下記の者がはり・きゅう・マッサージ施術を受けたいので助成券の交付を申請します。

氏名		男 女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
住所	常陸大宮市		番地	電話番号	—
該当事項	1 70歳以上 2 身体障害者手帳など 3 その他				

（注） *欄は、記入しないで下さい。

* 確認帳簿類	1 老人保健法医療受給者証		2 ㊦受給者証		
	3 高齢者台帳		4 住民基本台帳		
* 処 理 簿	5 その他				
	ア 身体障害者手帳	イ 療育手帳			
	ウ その他（	）			
	交 付	決	課 長	リーダ－	担 当 者
	不交付	裁			

※ 窓口で支給を受けたときは、記載してください

次のとおり、はり・きゅう・マッサージ助成券を受領しました。

令和 年 月 日

氏名