

令和 年度 はり・きゅう施術費補助金支給申請書

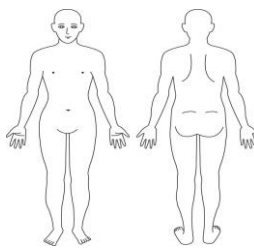
志免町長 様

下記のとおり申請します。また、届出事項に変更があった場合はすみやかに申し出ます。

申請日：令和 年 月 日

届出人名： (申請者との関係：)
(窓口に来た人) (連絡先Tel：)

申請者・サービス利用者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	M T S	/	/
	氏名	☐ 上記届出人と同じ						
	住所	志免町				自宅Tel	☐ 上記連絡先と同じ	

施術箇所	月合計	◆右図の施術箇所に印を付けてください。 ◆以下の該当するものにチェックをつけてください。 ☐ 神経痛 ☐ 神経まひ ☐ 神経けいれん ☐ リウマチ ☐ 関節痛 ☐ 腰椎ねんざ ☐ 筋肉痛	
	回	◆以下の該当するものにチェックをつけてください。 ☐ 上記の症状に関して、医師の診察を受けていません。 ☐ 今回の治療に関して、健康保険からの給付を受けていません。 ☐ 今回の治療に関して、はり・きゅう以外の施術を受けていません。	

はり・きゅう施術費補助	利用月	令和 年 月					
	領収書	枚数	枚 (裏面添付)				
		金額	金	円	施術費単価	日	円
	申請回数	回数	回	[一月につき4回を上限とする]	日	円	
					日	円	
	補助単価	施術費単価の半額/回 [1000円を上限とする]					
補助金請求額	金 円						

☐ 前回振込口座への振込を希望する
☐ 別添の口座への振込を希望する

処 理 欄	資格確認		受 付 印
	☐ 住民登録等		
	☐ 年齢 (65歳以上)		
	☐ 施術回数 (月4回まで)		
	☐ 口座登録		
	受付・確認者		

はり・きゅう施術費請求書

令和 年 月分を、下記のとおり請求します。

令和 年 月 日
志免町長 様

請求額 一金 円 也

請求者
住所：志免町
氏名： 印