

## 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。

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	T S	/	/	
	氏名	<input type="checkbox"/> 上記届出人と同じ							
	住所	志免町				TEL	<input type="checkbox"/> 上記連絡先と同じ		

確認事項

◆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

◆以下に該当する場合チェックをつけてください。  
今回の施術に関して、健康保険から療養費の支給を受けていません。

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	日	円			
	申請回数	申請回数	回	単価	日	円				
		[一月につき4回を上限とする]						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		

はり・きゅう施術費を下記の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 前回振込口座への振込を希望する <input type="checkbox"/> 下記の口座への振込を希望する			
口座振込 依頼欄	金融機関名	支店名	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金	
			2. 当座預金	
			3. その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

	資格確認	受付・確認者
処 理 欄	<input type="checkbox"/> 住民登録等 <input type="checkbox"/> 年齢(70歳以上) <input type="checkbox"/> 施術回数(月4回まで) <input type="checkbox"/> 口座登録	