様式第5号(第6条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | ※ |
| はり・きゅう・マツサージ助成券交付申請書年　　月　　日　　　常陸太田市長　　　　様申請(代理)人住所　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　下記の者がはり･きゅう･マツ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 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 常陸太田市　　　　町　　　　番地 | 電話番号 | 　 |
| 該当事項 | 1　70歳以上の者 | 2　65歳以上で1級又は2級の身体障害者手帳の交付を受けた者 |

　(注)　※らんは、記入しないで下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| ※ | 1　後期高齢者医療被保険者証　　　2　福受給者証3　高齢者台帳　　　　　　　　　　4　住民基本台帳5　身体障害者手帳6　その他(　　　　　) |
| 確認帳簿類 |
| ※ | 交付不交付 | 決裁 | 課長 | 補佐 | 係長 | 担当者 |
| 処理欄 | 　 | 　 | 　 | 　 |