

様式第1号（第5条関係）

伊万里市後期高齢者医療はり・きゅう施術助成券交付申請書

年 月 日

伊万里市長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____

伊万里市後期高齢者医療はり・きゅう施術費の助成に関する要綱第5条の規定により、助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | | | | |
|-------------------------|---------|--------|-----------------|--------------------------|----------|----|--|
| 利用者 | 住所 | 伊万里市 | | | | | |
| | 氏名 | | | | 男・女 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| 申請者との続柄 | 被保険者番号 | | | | 申請枚数 | | |
| | 個人番号 | | | | | | |
| はり・きゅう施術を受ける理由 | | | | | | | |
| 肩こり 腰痛 手足の痛み 倦怠感 その他（ ） | | | | | | | |
| 申請者の確認方法 | 資格確認書 | 運転免許証 | 交付の 受付・審査・作成 | 対象者 枚数確認 滞納 その他 | 窓口 郵送 | 受付 | |
| | 個人番号カード | その他（ ） | | | | 点検 | |
| | 未確認 | | | | | | |

交付番号 _____

番号確認方法：個人番号カード・住民票の写し等・住民基本台帳等

| | | | |
|----|-----|----|---|
| 課長 | 副課長 | 係長 | 係 |
| | | | |