

# 被爆者はり・きゅう・マッサージ療養費 助 成 申 請 書

年 月 日

(申請先)  
横 浜 市 長

はり・きゅう・マッサージ療養費助成を希望するので、次のとおり申請します。

申請者氏名	フリガナ ( )	明治 大正 年 月 日生 昭和 ( 歳)
住 所	〒 横浜市 区	
電話番号		
日中連絡先		
被爆者健康 手帳の番号	① 公費負担番号	
	② 公費負担医療の受給者番号	
被爆者健康 手帳の 交付年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	

- (注意)** 1 申請書を提出する際、被爆者健康手帳の1ページ目の写しと住民票の写しを添付してください。  
2 申請内容に変更が生じた場合は、速やかに届出ください。

※処理欄は記入しないでください。

※ 処 理 欄	福祉保健センター 受 付	局 受 付	決 定 区 分	備 考
			<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不 承 認	
			承 認 番 号	