

被爆者はり・きゅう・マッサージ療養費  
助成請求書

年 月 日

(請求先)

横浜市 長

住 所

(請求者) (フリガナ)

氏 名

電 話

日中連絡先

助成資格者との続柄 ( )

はり・きゅう・マッサージ療養費助成の支給を受けたいので、次のとおり請求します。

助成資格者 氏 名			明治 大正 昭和	年	月	日生
助成資格者 住 所 電 話 番 号	〒 横浜市 区 電話 ( )					
はり・きゅう・マッサージの承認番号						
申請内容 (○をつけてく ださい)	1 はり		2 きゅう		3 マッサージ	
請求金額	円		(内訳)	か月分 年 月 ~ 年 月		
振 込 先 金融機関	銀 行		本 店			
	信用金庫		支 店			
	農 協		出張所			
	種 別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ	( )		助成資 格者との 関係		
	口座名義人					

(注 意) 1 請求者と口座名義人は同一としてください。

2 この請求書を提出するときは、領収書を裏面の添付欄に貼ってください。

※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	局使用欄	決 定 区 分		
			決 定	決定金額	備考
			<input type="checkbox"/> 承 認  <input type="checkbox"/> 不承認	円 か月分 年 月 ~ 年 月	

領収書添付欄

※領収書には、「助成資格者氏名」「施術日及び請求金額（合算の場合はその内訳）」「施術内容」「施術所住所・施術所名・施術所印又は施術者印」があることを確認してください。