

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 |
| | | | □ 承 認 | 円 か月分 | |
| | | | □ 不 承 認 | 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」があることを確認してください。