別記様式第１号（第４条関係）

健康はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧施術料助成券交付申請書

令和　　　年　　月　　日

　（宛先）栃木市長

　　健康はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧施術料助成券の交付について、次のとおり申請します。

　　また、この申請の審査に必要な住民情報を確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（助成券使用者） | 氏名 | （自著しない場合は、記名押印してください。） | | |
| 住所 | 栃木市 | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 電話番号 |  | | |
| □私は、助成券の交付申請・受領の手続を次の者に委任します。 | | | |
| 助成券受取代理人 | 氏名 |  | 続　柄 |  |
| 住所 | □申請者に同じ | | |
| 電話番号 | □申請者に同じ | | |

※確認欄　□　後期高齢者医療被保険者証

　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

※交付番号

№

別記様式第１号（第４条関係）

記入例

健康はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧施術料助成券交付申請書

令和　●年　●月　●日

　（宛先）栃木市長

　　健康はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧施術料助成券の交付について、次のとおり申請します。

**自著しない場合のみ押印**

　　また、この申請の審査に必要な住民情報を確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（助成券使用者）  （自著しない場合は、記名押印してください。） | 氏名 | **高齢　太郎** | | |
| 住所 | 栃木市　**万町9-25** | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　●年　　●月　　●日 | | |
| 電話番号 | **２１‐２２４２** | | |
| □私は、助成券の交付申請・受領の手続を次の者に委任します。 | | | |
| 助成券受取代理人 | 氏名 |  | 続　柄 |  |
| 住所 | □申請者に同じ | | |
| 電話番号 | □申請者に同じ | | |

※確認欄　□　後期高齢者医療被保険者証

　　　　　□　その他（

※交付番号

№

助成券の受取が本人ではなく、代理人の場合は、委任の□に✔を付け、点線内の代理人欄も記入してください。