

受給番号	7	1	0				
------	---	---	---	--	--	--	--

【提出先：高齢福祉課（本庁2F）TEL632-2367】

様式第3号

令和 年 月 日

保険適用外はり，きゅう，マッサージ施術料助成券交付申請書

（あて先）宇都宮市長

住所 宇都宮市

申請者 氏名

続柄（ ）

次のとおり，保険適用外はり，きゅう，マッサージ施術料助成券を交付願いたく申請いたします。

ふりがな	
氏名	
住所	宇都宮市 町目 番地 号
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
電話番号	()

70歳未満の 身体障がい者 1，2級の方	発行者	交付	昭和 平成 令和	年 月 日
	等級 () 級	番号	第	号

申請者確認

- マイナンバーカード 障がい者手帳 後期高齢者医療資格確認書
自動車運転免許証 介護保険被保険者証 健康保険資格確認書
運転経歴証明証 その他 ()

記入例

受給番号

7

1

0

【提出先：高齢福祉課（本庁2F）TEL632-2367】

様式第3号

令和〇〇年〇〇月〇〇日

保険適用外はり、きゅう、マッサージ施術料助成券交付申請書

(あて先) 宇都宮市長

住所 宇都宮市△△町〇〇番地

申請者 氏名 宇都宮 花子

続柄 (妻)

次のとおり、保険適用外はり、きゅう、マッサージ施術料助成券を交付願いたく申請いたします。

ふりがな	うつのみや たろう
氏名	宇都宮 太郎
住所	宇都宮市 △△ 町 〇〇 番地 丁目 番 号
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇 歳) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇〇

70歳未満の 身体障がい者 1, 2級の方	発行者	交付	昭和 平成 令和	年	月	日
	等級 () 級	番号	第	号		

申請者確認

 マイナンバーカード 障がい者手帳 後期高齢者医療資格確認書 自動車運転免許証 介護保険被保険者証 健康保険資格確認書 運転経歴証明書 その他 ()