

重度心身障がい者医療助成費の受領委任の取扱いに係る申出書
 (はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧)

施術管理者 登録記号番号	0 9
関東信越厚生局 承諾年月日	年 月 日

医療助成費の種類		<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧		
施術 管理 者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 他の施術所の 施術管理者を兼務
	氏名			
	免許取得	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧		
施術 所	フリガナ			電話番号
	名称			
	所在地	〒		
受領委任の取扱い をしようとする期間	1年間(ただし、期間満了1か月前までに特段の意思表示がない場合には、期間満了の日の翌日において更に1年間順次更新したものとする。)			
施術管理者名義 金融機関	金融機関名		金融機関番号	
	支店名		支店番号	
	口座番号		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	フリガナ			
	口座名義			

宇都宮市長様

「重度心身障がい者医療費助成制度の施術療養費(はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧)に係る取扱要領」に基づき、受領委任の取扱いについて、上記のとおり申し上げます。

令和 年 月 日

申出人(施術管理者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 _____