

様式第1号（第5条関係）

伊万里市後期高齢者医療はり・きゅう施術助成券交付申請書

年 月 日

伊万里市長 様

申請者住所

氏名

伊万里市後期高齢者医療はり・きゅう施術費の助成に関する要綱第5条の規定により、
助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

利用者	住所	伊万里市				
	氏名				性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日				
申請者との続柄	被保険者番号				申請枚数	
	個人番号					
はり・きゅう 施術を受ける理由						
肩こり 腰痛 手足の痛み 倦怠感 その他（ ）						
申請者の 確認方法	<input type="checkbox"/> 被保険者証	受付 審査 作成	対象者（ ） 枚数（ ）	窓口 郵送	受付	
	<input type="checkbox"/> 運転免許証				点検	
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード					
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳					

交付番号

～

本人確認方法：その他（ ）・未確認

番号確認方法：個人番号カード・通知カード・住民票の写し等・住民基本台帳等