

別記第1号様式(第3条関係)

周南市はり・きゅう・あん摩マッサージ施術費受給資格者証(交付・更新)申請書

年 月 日

(宛先)周南市長

(高齢者福祉担当課扱い)

申請者

〒

住所：周南市

(フリガナ)

氏名：

生年月日： 年 月 日 ( 歳)

電話番号：

対象者との続柄： 本人・施術担当者・その他( )

周南市はり・きゅう・あん摩マッサージ施術費の助成事業実施要綱第3条第1項の規定により、次のとおり周南市はり・きゅう・あん摩マッサージ施術費受給資格者証の交付を申請します。

対象者(施術費の助成を受けようとする人)

対象者	郵便番号			
	住所	周南市		
	ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	名前		電話番号	
加入医療保険	被保険者氏名			
	続柄	(被保険者は)本人・配偶者・子・その他 ( )		
	保険種別	協会・組合・共済・船員・日雇・その他 ( )		

必要書類 後期高齢者医療保険及び周南市国民健康保険以外の被保険者証

注 後期高齢者医療被保険者の方は申請不要です。後期高齢者医療保険被保険者証及び印鑑を持参の上、周南市から認定を受けている施術担当者の施術を受けてください。

※市記入欄(下記は、記入しないでください。)

審査	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 加入保険	<input type="checkbox"/> 該当	資格発生日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 保険証の写し	<input type="checkbox"/> 非該当	認定番号	第 号
決裁			資格者証 交付日	資格者証 作成日
				台帳作成 者名

(旧認定No. - )