様式第１号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 交 付 番 号 | | | |  | |
| はり・きゅう・マッサージ助成券交付申請書  　　年　　月　　日  　下妻市長　　様  （申請者）住　所　下妻市  氏　名  代理者  （続柄：　　　　）  　次の者が、はり・きゅう・マッサージ施術を受けたいので、助成券を交付されますよう申請します。 | | | | | | | | | | | |
| （フリガナ）  氏　　　名 | | （　　　　　　　　） | | | 男・女 | 生年月日 | | 大・昭  　　　年　　月　　日  　　　　　（満　　歳） | | | |
| 住　　所 | | 下妻市 | | | | 電話番号 | | － | | | |
| ※対象者の確認（以下の要件を確認の上、レ印を付してください。）  □　満７０歳以上である。  □　満６５歳以上で身体障害者手帳（１級）の交付を受けている。  □　満６５歳以上で身体障害者手帳（２級）の交付を受けている。 | | | | | | | | | | | |
| 処　　理　　欄 | | | | | | | | | | | |
| 交付済　　未交付 | | | 決　裁 | 課　長 | | | 課長補佐 | | 係　長 | | 係　員 |
|  | | |  | |  | |  |
| 確認帳簿 | １　住民基本台帳  ２　身体障害者手帳  ３　被保険者証（介護・社保・国保・後期）  ４　その他（マイナンバーカード、運転経歴証明書　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | | | | | | |