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 |  |