

第1号様式

高 齢 福 祉 課					伺	月 日
合 議	取扱者	係長	補佐	課長		

防府市はり・きゅう施術費受給資格者証交付申請書

受給資格者	住 所	防府市					
	氏 名				性別	男・女	
	生 年 月 日	M・T・S	年	月	日	年齢	
加入医療保険	被 保 険 者 氏 名				受給者資格者との続柄		
	保 険 種 別	政管健保 ・ 健保組合 ・ 共済組合 ・ 国保組合 船員保険 ・ その他()					
	記 号 ・ 番 号						
	発 行 機 関 名						
	所 在 地						
<p>上記のとおり、はり・きゅうの施術費受給資格者証の交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>防 府 市 長 様</p> <p>申請者 <input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ _____</p> <p><input type="checkbox"/> 代理人(受給資格者の代理人としての証として被保険者証を持参した者に限る)</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話 - 受給資格者との続柄()</p>							
審 査	<input type="checkbox"/> 市内居住	該 当 ・ 非該当	交付日・認定番号		受給者資格者証		台帳 作成
	<input type="checkbox"/> 年齢等		令和 年 月 日	作成	交付		
	<input type="checkbox"/> 国保以外		厚 第	号			