(別紙)

鬼北町はり、きゅう施術事業補助金交付申請(兼請求)書

【後期高齢者医療被保険者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施術年月 | ○○　　　　年　　　　月分 | | | | | | | |  | | |
| 保険者番号 | 39384888 | | 記号番号 | |  | | | |
| 世帯主名 |  | | | | | | | |
| 住所 | 鬼北町大字 | | | | | | | |
| 施術を受けた者 |  | | | | | | | |
| 施術内訳 | 施術月日 | | | | | 費用額 | | 補助金  申請額 | | 本人負担額 | 施術を受けた  者の確認印 |
| 1 | ○○　　 年　　 月　　 日 | | | |  | |  | |  | ㊞ |
| 2 | 日 | | | |  | |  | |  | ㊞ |
| 3 | 日 | | | |  | |  | |  | ㊞ |
| 4 | 日 | | | |  | |  | |  | ㊞ |
| 合計 | | | | |  | |  | |  |  |
| 上記のとおり施術したことを証明します。  　　○○　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　施術機関所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　施術機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　施術者　 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 上記請求に基づく鬼北町はり、きゅう施術に係る補助金の交付申請について、その受領を上記の者に  委任します。  　　○○　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 鬼北町長　様 | | | | 受診を受けた者の住所 | | | 鬼北町大字 | | | | |
| 受診を受けた者の氏名 | | | ㊞ | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | |