

様式第1号（第4条関係）

五城目町、はり、きゅう、マッサージ療養費助成申請書

令和 年 月 日

五城目町長 様

五城目町、はり、きゅう、マッサージ療養費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき療養費助成を受けたいので申請します。

申請者 (受給者)	住所	五城目町	交付番号	
	氏名		印	世帯主
	生年月日	大・昭 年 月 日	生	満 歳
助成額	5,000円 (5回分)			
療養を受けようとする理由				
記録事項				

申請に基づき下記のとおり交付してよろしいか伺います。

受付(交付) 年月日	令和 年 月 日	助成額	5,000円(5回分)
交付条件 その他		受療券受領者	印

受付印