

(第1号様式)

_____区役所地域ケア推進課 → 健康増進課

担当	係長	課長	担当	係長	課長
----	----	----	----	----	----

はり・きゅう・マッサージ療養費補助金支給申請書

_____年_____月_____日

(あて先) **川崎市長**

郵便番号 -

住所 川崎市_____区_____

氏名 _____

電話番号 _____ - _____

標記について支給を受けたいので、次のとおり申請します。

健康手帳・受給者番号	
フリガナ	_____
受給者氏名	_____男・女
生年月日	明治 大正 昭和 _____年_____月_____日
銀行口座	_____銀行 口座番号(普・当)
	_____支店 名義人(カタカナでお願いします。)[受給者名と異なる場合は委任状添付]
請求金額	_____円 (内訳) [_____年 _____月分 _____年 _____月]
査定金額	_____円 (内訳) [_____年 _____月分 _____年 _____月]

(注1) 領収書を裏面の添付欄に貼ってください。

(注2) 口座種別は普通又は当座に限ります。

地域ケア推進課受付印	健康増進課受付印
------------	----------

領収書の添付欄