（第1号様式）

＿＿＿区役所地域ケア推進課　→　健康増進担当

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

令和＿＿＿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 ＿＿＿＿＿＿支店	口座番号（普・当）						
		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）［令和　年　月～令和　年　月］　ヵ月分
査定金額	＿＿＿＿＿＿円	（内訳）［令和　年　月～令和　年　月］　ヵ月分

（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	健康増進担当受付印

R4.4.1

領収書の添付欄