

別記

第1号様式（第3条関係）

はり・きゅう施術受給資格申請書

年 月 日

（宛先）柳井市長

住 所

申請者 氏 名

利用者との関係 本人・（ ）

電話番号 （ ） —

柳井市はり・きゅう施術費助成事業実施要綱第3条第2項の規定により、下記のとおり、はり・きゅう施術受給資格の申請をします。

利用者 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ (生年月日のみ記入)	住 所	柳井市
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
	電話番号	() —
健康保険に関する申告	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険に加入しています。 <input type="checkbox"/> 職場の健康保険に加入しています。 <input type="checkbox"/> 生活保護を受けています。	
同意欄	<input type="checkbox"/> 認定要件及び助成内容確認のため、国民健康保険、後期高齢者医療保険及び生活保護の資格状況について調査することに同意します。	

※柳井市記入欄

利用者確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> ()		
代理人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> ()		
交付内容	月分	受付	