

様式第1号(第4条関係)

はり・きゅう・あんま・マッサージ・指圧施術利用券交付申請書

年 月 日

加東市長 様

申請者 住所
氏名
(助成対象者との続柄)

はり・きゅう・あんま・マッサージ・指圧施術利用券の交付を受けたいので、加東市はり・きゅう・あんま・マッサージ・指圧施術費の助成に関する要綱第4条第1項(第5条第2項)の規定により申請します。なお、このたびの申請に際し必要があるときは、私の市町村民税課税状況を調査されることに同意いたします。

助成対象者	住 所	加東市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 男・女
申請事由(症状) 該当事由に○を付けてください。 1 肩こり 2 腰痛 3 その他()		

代理申請を行う場合

代理人	氏名	生年月日	性別	住所
		年 月 日	男・女	〒 電話番号 ()
	助成対象者との関係 (いずれかに「レ」を記入)		<input type="checkbox"/> 世帯構成者 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> その他()	
上記の者を代理人と認め、はり・きゅう・あんま・マッサージ・指圧施術利用券交付の申請を委任します。なお、このたびの申請に際し必要があるときは、私の市町村民税課税状況を調査されることに同意いたします。			助成対象者氏名	

※以下の欄は、記入しないでください。

交付番号	～	個人番号	～
確認欄	本人確認		確認者
	<input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 所得割非課税(市町村民税非課税・市町村民税均等割のみ課税) <input type="checkbox"/> 他補助		
	代理人確認 <input type="checkbox"/> 身分証明書() <input type="checkbox"/> 本人との関係を証する書類 <input type="checkbox"/> 他補助		